



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**Avaliação do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal da
Atenção Básica Brasileira**

Clarissa Fialho Hartmann

Pelotas, abril de 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**Avaliação do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal da
Atenção Básica Brasileira**

Tese apresentada ao
Programa de Pós- Graduação em
Epidemiologia da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito parcial à
obtenção do título de doutora em
Epidemiologia.

Doutoranda: Clarissa Fialho Hartmann

Orientadora: Anaclaudia Gastal Fassa

Pelotas, abril de 2025

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

H333a Hartmann, Clarissa Fialho

Avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal da atenção básica brasileira [recurso eletrônico] / Clarissa Fialho Hartmann ; Anaclaudia Gastal Fassa, orientadora. — Pelotas, 2025.

197 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2025.

1. Epidemiologia. 2. Saúde bucal. 3. Pesquisa sobre serviços de saúde. 4. Avaliação de programas e projetos de saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Fassa, Anaclaudia Gastal, orient. II. Título.

Clarissa Fialho Hartmann

**Avaliação do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal da
Atenção Básica Brasileira**

Banca examinadora:

Prof. Dra. Anaclaudia Gastal Fassa (presidente)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – UFPel, RS

Prof. Dr. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva (examinador interno)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – UFPel, RS

Prof. Dr. Alexandre Emídio Silva (examinador externo)

Faculdade de Odontologia – UFPel, RS

Profa. Dra. Miriele de Oliveira Saes (examinadora externa)

Faculdade de Medicina – FURG, RS

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à memória de meu avô, Adil Silveira Fialho.

AGRADECIMENTOS

Pouco mais de quatro anos atrás, o mundo sofria com a pandemia de covid-19. Ainda não tínhamos vacina e o medo, o desespero e a insegurança tomavam conta dos nossos pensamentos. Em meio a isso tudo, eu comemorava a minha aprovação na seleção do Doutorado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, mas sentia uma culpa por estar feliz em meio ao caos. Eu agradeço àqueles que me abraçaram naquele momento, a começar pelo meu pai, João, que em poucas palavras me disse tudo o que eu sempre quis ouvir: um simples “Voa”!

À minha mãe, Carmem, que sonhou, sofreu e comemorou comigo todas as emoções vividas nessa jornada.

À minha irmã, Hellen, que sempre foi meu exemplo de vida acadêmica, profissional e pessoal. Todo mundo sabe que ela é a pessoa que eu mais amo nessa vida.

Às minhas amigas Alessandra Lunkes, Andréa Capssa, Anelise Barrios, Anelise Krug, Bruna Schirmer, Gláucia Pinheiro, Lisiane Borges, Nádia Bertagnolli e Shayenne Homrich. Elas também sonharam junto comigo e a minha alegria é a mesma alegria delas. É genuíno. Elas são as minhas irmãs de alma.

Às minhas amigas aventureiras Amanda Amorim, Bruna Allos, Caroline Soares e Mariama Michels. A adrenalina das nossas viagens com trilhas, praias, cachoeiras e rapel foi o combustível que fez o meu sangue circular, trazendo cada vez mais energia e alegria pra minha vida.

À minha madrastra, Nara, que é uma pessoa muito especial. Meu carinho por ela é uma mistura de amor de filha e de irmã.

À Marli, nossa eterna “tata” que já faz parte da família.

À prefeitura municipal de Rosário do Sul, que me concedeu a licença para que eu pudesse me afastar do serviço para cursar o Doutorado.

À equipe do Centro Clínico Odontológico, um serviço de atenção primária onde eu atuo com profissionais que me inspiram e também torcem por mim. São colegas de quem eu senti saudade nesses três anos e meio afastada das atividades.

À clínica Davant, de Santa Maria, onde eu permaneci trabalhando durante essa jornada, conciliando os estudos e os atendimentos. Lá tem uma equipe que me apoiou muito e eu guardo um carinho imenso por todos os colegas de lá.

À minha orientadora, Profa. Anaclaudia. Nesses quatro anos de trabalho, minha admiração pelo seu trabalho cresceu cada vez mais e é uma honra saber que eu vou carregar seu nome no meu histórico para sempre.

À banca de qualificação e de defesa da tese, Profs. Alexandre Emídio, que me acompanha desde o mestrado; Prof. Inácio e Profa. Mirelle.

Às(o) coautoras(r) dos artigos, Profas. Elaine Thumé, Elaine Tomasi e Prof. Facchini.

Ao meu orientador no exterior, Prof. César Oliveira, que me recebeu no Reino Unido e me deu muito apoio.

À prima Alini, que também me recebeu no exterior e me ajudou muito. Eu vou lembrar pra vida inteira tudo o que eu vivi e todo o carinho que eu recebi lá.

À equipe do nosso PPG, do qual eu me orgulho em dizer que faço parte. Meus olhos brilham quando eu falo de onde venho (e para onde vou!) ...

Aos colegas e amigos que fiz durante essa jornada que fica tão marcada na minha vida...

À CAPES, por ter me concedido a bolsa de Doutorado, o que permitiu que eu me afastasse do meu trabalho para focar nos estudos, bem como ao Programa CAPES PRINT, por onde eu pude realizar o tão sonhado estágio sanduíche.

À cidade de Pelotas, aos anfitriões de “airbnb” e aos passageiros de “blá blá car”, que me facilitaram a vida quando eu dirigia mais de 600km por semana durante o ano de 2022, para participar das aulas presenciais na UFPEL.

Enfim, a Deus e ao São Miguel Arcanjo, protetor dos estudantes, porque eu não haveria chegado até aqui se eu não tivesse fé.

RESUMO

HARTMANN, Clarissa Fialho. 2025. **Avaliação do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica Brasileira.**

Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas.

Essa tese teve como objetivo avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal (ESB) da Atenção Básica brasileira e a sua relação com variáveis de contexto dos municípios, como região geopolítica, IDH, porte populacional e cobertura de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Foram incluídas todas as ESB que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no terceiro ciclo (2017/2018). Foram analisados os dados do Módulo VI (entrevista com profissional da ESB e verificação de documentos na unidade de saúde) da Avaliação Externa do Programa. No primeiro artigo foi avaliada a relação entre as ESB e os outros pontos da rede de atenção básica. Constatou-se que a prestação de serviços de referência para ESB é quase universalizada. Contudo, 53% das equipes indicaram que os serviços de emergência não estavam disponíveis fora do horário de trabalho das ESB e 30% não possuíam registros de usuários encaminhados. Menos de 73% das redes e especialidades de saúde ofereciam apoio matricial às ESB. A maioria dos aspectos avaliados apresentou menor prevalência na região Norte, em cidades com menor IDH e menor população. O segundo artigo avaliou o trabalho dos auxiliares e técnicos em saúde bucal. Observou-se que 20% das equipes contavam com técnicos de prótese dentária, enquanto 89% contavam com auxiliares de consultório dentário. A maioria dos procedimentos odontológicos é universalizada, mas menos de 25% das ESB realizavam procedimentos relacionados à reabilitação oral/próteses dentárias. A prevalência dos serviços prestados foi geralmente menor na região Norte, nos municípios menores e naqueles com menor IDH. O terceiro artigo avaliou a organização dos prontuários e agenda para a atenção em saúde bucal. Verificou-se que 80% das ESB tinham a ficha clínica odontológica integrada ao prontuário do paciente, mas somente 11% usavam exclusivamente prontuário eletrônico. Mais da metade das ESB realizavam o agendamento da primeira consulta no consultório odontológico, enquanto 81% agendavam a continuidade do tratamento no final da consulta anterior. No Norte e Nordeste e em municípios de menor IDH, o uso de prontuário eletrônico foi menos frequente, mas os agentes comunitários de saúde atuavam mais no agendamento da primeira consulta odontológica. Concluiu-se que é necessário oferecer formação em Saúde da Família para as equipes; prover recursos de comunicação, computadores, internet, telefones e sistemas interoperáveis; melhorar o fluxo na rede de saúde e estabelecer acordos regionais para melhor atender áreas remotas, visando à promoção da equidade; garantir ESB articuladas à EAB, com agentes comunitários em todas as microáreas e com as suas ações reforçadas; promover equipes completas; ampliar a oferta de serviços de urgência odontológica; credenciar laboratórios de prótese dentária em quantidade suficiente e universalizar o prontuário eletrônico e-SUS.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

HARTMANN, Clarissa Fialho. 2025. **Evaluation of the Work Process of Oral Health Teams in Brazilian Primary Health Care.**

Thesis (doctorate). Postgraduate Program in Epidemiology. Federal University of Pelotas.

This thesis aimed to evaluate the work process of the Oral Health Teams (OHT) in Brazilian Primary Health Care and their relationship with municipal context variables, such as geopolitical region, Human Development Index (HDI), population size, and oral health coverage in the Family Health Strategy. All OHTs that joined the Access and Quality Improvement Program for Primary Health Care (PMAQ-AB) in the third cycle (2017/2018) were included. Data from Module VI (interview with OHT professionals and document verification at the health unit) of the External Evaluation of the Program were analyzed. The first article evaluated the relationship between the OHTs and other points in the primary health care network. It was found that the provision of reference services for OHTs is almost universal. However, 53% of the teams indicated that emergency services were not available outside of OHT working hours, and 30% did not have records of referred users. Less than 73% of the health networks and specialties provided matrix support to the OHTs. Most of the evaluated aspects had a lower prevalence in the North region, in cities with lower HDI, and in smaller municipalities. The second article evaluated the work of oral health auxiliaries and technicians. It was observed that 20% of the teams had dental prosthesis technicians, while 89% had dental office auxiliaries. Most dental procedures are universal, but less than 25% of the OHTs performed procedures related to oral rehabilitation/dental prostheses. The prevalence of services provided was generally lower in the North region, in smaller municipalities, and in those with lower HDI. The third article evaluated the organization of patient records and scheduling for oral health care. It was found that 80% of the OHTs had integrated dental clinical records with the patient's medical record, but only 11% exclusively used electronic records. More than half of the OHTs scheduled the first dental appointment at the dental office, while 81% scheduled the continuity of treatment at the end of the previous consultation. In the North and Northeast regions, and in municipalities with lower HDI, the use of electronic records was less frequent, but community health agents were more involved in scheduling the first dental appointment. The conclusion was that it is necessary to provide Family Health training for teams; provide communication resources, computers, internet, phones, and interoperable systems; improve the flow in the health network and establish regional agreements to better serve remote areas, aiming to promote equity; ensure OHTs are integrated with the Family Health Strategy, with community agents in all microareas and their actions reinforced; promote complete teams; expand the provision of emergency dental services; credential dental prosthesis laboratories in sufficient quantity; and universalize the electronic patient record e-SUS.

Keywords: Oral Health; Health Services Research; Evaluation of Health Programs and Projects; Primary Health Care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
I. Projeto de Pesquisa.....	12
II. Alterações no Projeto de Pesquisa.....	123
III. Relatório do trabalho de campo.....	125
IV. Artigos.....	129
Artigo 1.....	130
Artigo 2.....	150
Artigo 3.....	171
V. Comunicado à imprensa.....	195

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado foi elaborada de acordo com as normas regimentais adotadas pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

O volume da tese é constituído por: (i) projeto de pesquisa defendido em julho de 2022; (ii) alterações no projeto de pesquisa; (iii) relatório de trabalho de campo; (iv) três artigos produzidos ao longo do período de doutoramento e (v) comunicado à imprensa.

O primeiro artigo intitulado “The relationship between Oral Health Teams in primary care in Brazil and the healthcare network” foi aceito no periódico BMC Health Services Research em agosto de 2024. O segundo artigo, “Primary dental care in Brazil: The work process of dental health assistants and technicians and services provided” foi submetido à revista Cadernos de Saúde Pública em dezembro de 2024. O terceiro artigo, cujo título é “Organização dos prontuários e agenda para a atenção em saúde bucal no Brasil: Uma análise do terceiro ciclo do PMAQ-AB” será submetido no periódico Ciência & Saúde Coletiva.

I. Projeto de Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA**



Projeto de Pesquisa

**Avaliação da Estrutura e Processo de Trabalho das Equipes de
Saúde Bucal da Atenção Básica Brasileira**

Clarissa Fialho Hartmann

Pelotas, RS

2022

Clarissa Fialho Hartmann

**Avaliação da Estrutura e Processo de Trabalho das Equipes de
Saúde Bucal da Atenção Básica Brasileira**

Projeto de tese apresentado ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientadora: Dra. Louriele Soares Wachs

Pelotas, RS

2022

Resumo

A infraestrutura das unidades de saúde é um ponto importante na construção de um modelo assistencial eficiente em saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal busca substituir o antigo modelo curativista em saúde por um modelo que priorize as necessidades individuais e coletivas da população, com foco na prevenção e promoção de saúde. As diretrizes da PNSB enfatizam a importância da humanização do serviço e do trabalho em equipe no processo de trabalho em saúde bucal. A cultura de avaliação dos serviços de saúde gera capacidade nas equipes e nos sistemas locais para realizar mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica e as potencialidades locais de cada município. O presente estudo tem por objetivo avaliar a estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção básica no Brasil, investigando a disponibilidade de equipamentos, instrumentais e insumos para a atenção básica em saúde bucal e examinando o processo de trabalho das equipes quanto à territorialização da população atendida, planejamento, acompanhamento e avaliação, apoio matricial à ESB, organização dos prontuários na UBS, organização da agenda e oferta de ações da equipe, relação da ESB com outros pontos da RAS e atenção ao câncer de boca. O delineamento do estudo será transversal e incluirá todas as Equipes de Saúde Bucal pertencentes às UBS que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no terceiro ciclo. Serão analisados os dados do Módulo V (observação na UBS para a saúde bucal) e Módulo VI (entrevista com profissional da ESB e verificação de documentos na unidade de saúde) da avaliação externa. Será realizada a descrição da ambiência e da disponibilidade de cada equipamento, instrumental e insumo, bem como da territorialização, do planejamento, acompanhamento e avaliação; do apoio matricial às ESB; da organização dos prontuários, da agenda e da oferta das ações em equipe; e da atenção ao câncer de boca. Serão criados dois indicadores, um de qualidade da estrutura e outro de qualidade do processo de trabalho, composto pela soma dos valores atribuídos a cada variável. Uma análise bivariada examinará a associação de região, porte populacional, IDH, cobertura de ESF e modelo de atenção tanto com a qualidade da estrutura como com o processo de trabalho. Há uma escassez na literatura sobre estudos que avaliem a qualidade da organização da área de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde e essa pesquisa é fundamental para se obter parâmetros comparativos para avaliação e melhoria de tais serviços, visando um mapeamento de como vêm sendo realizados os procedimentos odontológicos na APS brasileira. Os dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB permitirão conhecer a evolução da atenção à saúde bucal dos brasileiros, trazendo informações importantes para subsidiar a Política Nacional de Saúde Bucal.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, atenção à saúde bucal, avaliação de serviços de saúde.

Lista de Abreviaturas

AB	AB - Atenção Básica
APS	APS - Atenção Primária à Saúde
CEO	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	CIT - Comissão Intergestores Tripartite
DAB	DAB - Departamento de Atenção Básica
ESB	ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF	ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE	IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
LRPD	LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Lista de Quadros

Quadro 1	Síntese da revisão de literatura.....	49
Quadro 2	Características estruturais e de ambiência.....	70
Quadro 3	Processo de trabalho e organização em SB.....	79
Quadro 4	Definição das variáveis de exposição.....	88
Quadro 5	Cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante o doutorado.....	91

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma da pesquisa para a revisão de literatura.....	27
Figura 2	Modelo teórico dos determinantes da estrutura e do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal brasileiras.....	46

SUMÁRIO

ARTIGOS PROPOSTOS	22
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1 Estrutura das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.....	27
2.2 Organização e Processo de Trabalho em Saúde Bucal na Atenção Básica.....	31
2.2.1 Territorialização e População de Referência da Equipe de Saúde Bucal.....	31
2.2.2 Planejamento, Acompanhamento e Avaliação.....	32
2.2.3. Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal.....	34
2.2.4 Organização dos Prontuários, da Agenda e Oferta de Ações.....	35
2.2.5 Processo de Trabalho do Técnico e do Auxiliar em Saúde Bucal.....	38
2.2.6 Atenção ao Câncer de Boca.....	40
3 MARCO TEÓRICO.....	41
4 MODELO TEÓRICO.....	45
5 JUSTIFICATIVA.....	46

06 OBJETIVOS	65
6.1 Objetivo geral.....	65
6.2 Objetivos específicos.....	65
7 HIPÓTESES	66
8 METODOLOGIA	68
8.1 Delineamento.....	68
8.2 População alvo.....	68
8.3 Critérios de inclusão.....	68
8.4 Critérios de exclusão.....	68
8.5 Amostra.....	68
8.6 Instrumentos.....	69
8.7 Variáveis.....	69
8.7.1 Variáveis de exposição.....	88
8.8 Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	88
8.9 Logística.....	89
8.10 Estudo piloto.....	90

8.11 Coleta de dados.....	90
8.12 Controle de qualidade.....	90
8.13. Análise dos dados.....	90
8.14. Aspectos éticos.....	91
9 CRONOGRAMA.....	91
10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	92
11 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO.....	92
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXO I.....	100

Artigos propostos

➤ Artigo 1

Avaliação da estrutura das Equipes de Saúde Bucal Brasileiras de acordo com o terceiro ciclo do PMAQ-AB.

➤ Artigo 2

Avaliação do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal Brasileiras de acordo com o terceiro ciclo do PMAQ-AB.

➤ Artigo 3

Acesso e qualidade da atenção à Saúde Bucal na Atenção Básica Brasileira – Artigo de Revisão.

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde bucal da população brasileira vem passando por uma grande evolução desde a criação da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB, também denominada Brasil Sorridente (2004). A média de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPOD) aos 12 anos de idade, em 1980, no Brasil, era de 7,3 dentes (PINTO, 1983; OLIVEIRA et al., 1998; NARVAI et al., 1999). Em 2003, este índice foi reduzido para 2,8 dentes, segundo o SB Brasil 2003 - primeiro inquérito de saúde bucal que incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões. Já na pesquisa concluída em 2010, o CPO aos 12 anos ficou em 2,1, representando uma redução de 26% em 7 anos. Considerando o componente do CPO relativo aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de 28% (de 1,7 para 1,2). Em termos absolutos, isso significa que cerca de 1,6 milhão de dentes deixaram de ser afetados pela cárie em adolescentes de 12 anos entre 2003 e 2010, considerando a população brasileira estimada para aquele ano (PINTO, 2000).

Os principais eixos da PNSB são a reorganização da Atenção Básica, através da ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF); a organização da atenção especializada, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); a promoção e a proteção da saúde bucal, com educação em saúde; a realização de procedimentos coletivos; a fluoretação da água de abastecimento público; e a vigilância em saúde bucal, por meio da realização de estudos epidemiológicos. Dessa forma, a Política busca superar o antigo modelo de atenção à saúde bucal com enfoque curativista, passando a preconizar os procedimentos mais complexos e conclusivos em saúde bucal, considerando a saúde e a qualidade de vida como um todo (PUCCA JR, 2009).

As diretrizes da PNSB, no que se refere à ampliação e qualificação da atenção básica em saúde bucal, consideram a infraestrutura das unidades de saúde um ponto importante na construção de um novo modelo assistencial. A aquisição de novos equipamentos para a atenção básica e especializada favoreceu a ampliação da atenção em saúde bucal em todos os níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2008a). O processo

de trabalho em saúde bucal também é preconizado pelas diretrizes da PNSB, enfatizando a importância da humanização do serviço, do trabalho em equipe e do empenho de todos os profissionais na realização deste novo modo de operar as ações de saúde. Para isso, o processo de trabalho deve incluir o acolhimento às demandas; o planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços; a organização das ações e o apoio matricial às ESB (CHAVES et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2008) recomenda que a estrutura e o processo de trabalho das unidades de saúde sejam monitorados em nível nacional. Em vista disso, com o propósito de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), promovendo incentivos financeiros para as equipes da ESF conforme seu desempenho e melhoria no padrão de qualidade do atendimento. O Programa propunha um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (Brasil, 2012b). Através do desenvolvimento da autoavaliação e do planejamento de melhorias pelos próprios profissionais, o PMAQ-AB surgiu como estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2012b).

De acordo com Macinko et al. (2017), o PMAQ foi o maior sistema de pagamento por desempenho do mundo em atenção primária à saúde. O Programa foi realizado em três ciclos: 2011-2012, 2013-2014 e 2015-2016, tornando-se um vasto repositório de dados disponíveis publicamente sobre a experiência do usuário, a adequação da estrutura das unidades de saúde e dos processos de trabalho. Este sistema também demonstrou grande potencial para ampliar a cobertura da ESF e melhorar a qualidade dos serviços prestados (FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E., 2021; MACINKO et al., 2017).

Embora existam estudos sobre a melhoria da condição de saúde bucal da população brasileira nos últimos anos, este aspecto não é tão explorado quanto aqueles relacionados à atenção médica e de enfermagem (LOPES et al., 2018). Além disso, há poucos estudos sobre a estrutura e o processo de trabalho da atenção básica em saúde bucal (SCALZO et al., 2021; GONÇALVES AJG; PEREIRA PHS et al., 2020; JÚNIOR et al., 2020; NEVES M; GIORDANI JMA; HUGO FN, 2019; LOPES et al., 2018; BALDANI et al., 2018; BAUMGARTEN et al., 2018; FAGUNDES DM et al., 2018; SANTOS NML;

HUGO FN, 2018; NEVES et al., 2017; CRUZ et al., 2009). O objetivo do presente estudo é avaliar a estrutura e o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da APS no Brasil a partir de dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB, sendo este o conjunto mais recente de dados, que permitirão investigar a adequação destes quesitos. Dessa forma, a revisão de literatura apresentada a seguir aborda o estado da arte do conhecimento sobre estrutura e processo de trabalho da saúde bucal nas UBS brasileiras, com estudos realizados com dados do PMAQ-AB.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a localização de referências em estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde bucal da atenção básica brasileira, utilizaram-se as seguintes combinações de descritores nas bases Pubmed e LILACS, respectivamente: “health care evaluation mechanisms” **AND** “oral health” **OR** “dental health services” **AND** “health care quality, access and evaluation” **AND** “primary health care” **AND** “Family health” e “atenção primária” **AND** “saúde bucal” **AND** “avaliação de serviços”. Uma ilustração esquematizada dessa busca é apresentada a seguir, na figura 1 – Fluxograma da pesquisa para a revisão de literatura.

Buscou-se incluir artigos que abordassem o tema da avaliação de serviços de saúde bucal, com foco em estrutura e processo de trabalho das ESBs, publicados após o ano de 2004 (implantação da Política Nacional de Saúde Bucal).

Foram encontradas 406 referências na base Pubmed e 115 na base LILACS, sendo 24 referências duplicadas. Foram lidos 521 títulos, 425 resumos, excluindo-se 360 após a constatação de que os estudos estavam fora da temática de avaliação dos serviços de saúde bucal. Restaram então 65 artigos lidos na íntegra, sendo 31 excluídos da revisão, por considerar faixas populacionais específicas, como grupos etários determinados, características sociodemográficas e/ou comorbidades (principalmente diabetes e hipertensão); e também por considerarem usuários de serviços de saúde

bucal específicos, como os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e/ou usuários dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. 34 artigos foram incluídos ao final, como esquematiza a figura 1.

Todos os estudos encontrados foram realizados no Brasil, em sua maioria com abordagem nacional (n=27), seguida de municipal (n=4) e estadual (n=3). Dos estudos incluídos, 28 tinham delineamento transversal, 5 eram ecológicos e um era quanti-qualitativo (n=1). As amostras da maioria dos estudos foram as ESB participantes do PMAQ-AB (n=16), seguidas de usuários dos serviços de saúde bucal da APS (n=9) e profissionais das equipes (n=9). Os dados utilizados nas pesquisas, em sua maioria, foram oriundos do PMAQ-AB (n=23), seguidos dos indicadores de saúde bucal do Sistema de Atenção Básica – SIAB/DATASUS (n=3), do *Primary Care Assessment Tool - PCATool* (BRASIL, 2010) (n=3), de exames clínicos realizados por profissionais treinados e questionários semiestruturados (n=3), de relatórios de desempenho de procedimentos básicos de AB (n=1) e de instrumento validado pelo Estudo Nacional de Práticas de Promoção da Saúde – E.N.PRO.SA (n=1).

Alguns estudos investigaram o acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, a qualidade dos serviços ofertados e a satisfação dos usuários. Além disso, outros estudos examinaram a associação entre aspectos contextuais dos municípios e as características do processo de trabalho. Avaliaram também a associação entre aspectos sociodemográficos e a realização de procedimentos odontológicos pelas ESB investigadas no PMAQ-AB (Quadro 1).

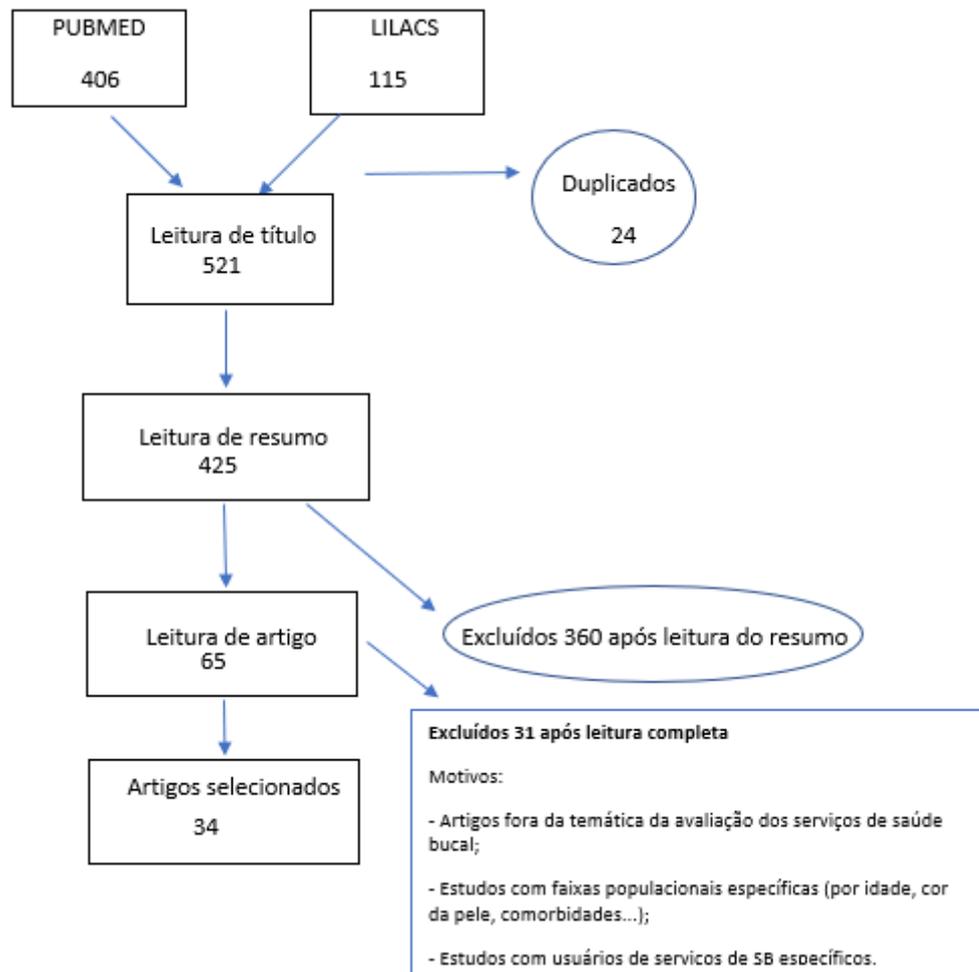


Figura 1. Fluxograma da pesquisa para a revisão de literatura.

2.1 Estrutura das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica brasileira

A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, aponta que a estrutura da UBS deve ser compatível tanto com a proatividade da Equipe de Saúde da Família quanto com o imperativo de acolher demandas espontâneas, respondendo às necessidades em saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade do cuidado em saúde na comunidade. Esses espaços devem ser adequados à realidade local, viabilizando o acesso da população adscrita e a formação regular de estagiários e residentes de instituições educacionais da área da saúde (BRASIL, 2008a).

A ambiência de uma Unidade Básica de Saúde deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os

usuários. Para um ambiente confortável em uma UBS, existem componentes que atuam como qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com necessidades especiais; balcão e bebedouros entre outros; tratamento das áreas externas; copa, cozinha e banheiros adequados (BRASIL, 2008a).

A ventilação adequada é imprescindível para manter a salubridade nos ambientes da UBS (BRASIL, 2008a). Recomendava-se, até o ano de 2020, que todos os ambientes dispusessem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores). Porém, após o início da pandemia de covid-19, passou a ser recomendado o filtro de ar Hepa (High Efficiency Particulate Arrestance). Somente quando a unidade de saúde não tiver uma área dita como ideal, com isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA, recomenda-se a utilização de sistema de climatização com exaustão e/ou a manutenção das janelas abertas, a fim de garantir a renovação do ar nos ambientes, restringindo ainda o número de profissionais durante estes procedimentos (BRASIL, 2020). É recomendado, também, que todos os ambientes sejam claros, com o máximo de luminosidade natural possível. Os materiais de revestimento das paredes, tetos e pisos devem ser todos laváveis e de superfície lisa. Os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição (BRASIL, 2008a).

De acordo com o manual (BRASIL, 2008a), para otimização da realização das ações de atenção à saúde, é importante que o projeto arquitetônico considere o processo de trabalho e os fluxos de pessoas dentro e fora da unidade. Uma sugestão de agrupamento por planos seria:

- 1º plano: recepção e espera;
- 2º plano: espera, consultórios médicos e de enfermagem; para o consultório odontológico prever um local onde o ruído não prejudique as demais atividades realizadas por outros profissionais;
- 3º plano: procedimentos;
- 4º plano: áreas de apoio.

Materiais de boa qualidade, especialmente hidráulica e elétrica, evitam transtornos e gastos com a manutenção predial. Definições importantes:

Área: ambiente aberto, sem paredes em uma ou mais de uma das faces.

Sala: ambiente envolto por paredes em todo seu perímetro e uma porta.

Sanitário: ambiente dotado de bacia(s) sanitária(s) e lavatório(s).

Banheiro: ambiente dotado de bacia(s) sanitária(s), lavatório(s) e chuveiro(s).

O planejamento deverá observar, também, as normas e portarias em vigor em nível municipal, estadual e federal, como a NBR 9050 da ABNT (2020).

Nos estudos de Scalzo et al. (2021), Gonçalves et al. (2020), Junior et al. (2020), Baumgarten et al. (2018) e Neves et al. (2014), a maioria dos serviços de saúde bucal avaliados possuíam equipamentos odontológicos em boas condições de uso, representando 90% destes aparelhos funcionando adequadamente. Mais de 95% dos serviços contavam com cadeira odontológica, cuspeira, equipamento de aspiração, luz cirúrgica, mocho odontológico, peça de mão pneumática de alta velocidade e compressor de ar (SCALZO et al., 2021).

No estudo de Gonçalves et al. (2020), segundo dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, 67,3% das Unidades Básicas de Saúde contavam com serviços odontológicos e 60,8%, com Equipes de Saúde Bucal. Destas, 73,4% faziam parte da região Centro Oeste e 50,7% da região Sudeste. Em comparação com o primeiro ciclo do PMAQ-AB, embora tenha avaliado mais equipes, o segundo ciclo não apresentou grandes mudanças em relação às diferenças regionais. As dificuldades em reduzir as desigualdades presentes nos sistemas de saúde ainda persistem e muitos serviços não são acessíveis para populações residentes em regiões com maiores necessidades socioeconômicas (CHAVES et al., 2018). Dessa forma, também se percebe que quanto melhor o desenvolvimento da região, melhor é a prestação de serviços de saúde bucal (NEVES et al., 2017).

A quantidade de equipamentos recomendados para a atenção básica em saúde bucal vem sendo considerada suficiente pelas equipes, somando frequências entre 51 e 75% do total de itens listados nos estudos, com menor proporção nas regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste e o único aspecto avaliado que não apresenta diferenças entre as regiões é a estrutura física dos consultórios odontológicos, compreendendo paredes e pisos laváveis e ventilação adequada (GONÇALVES et al., 2020). Alguns equipamentos, como aparelhos de raio x, ultrassons e jatos de bicarbonato, são os itens que estão mais ausentes nos serviços de saúde bucal, somando prevalências de, respectivamente, 19,5%, 30,4% e 31,1% (SCALZO et al., 2021).

O estudo de Gonçalves et al. (2020) enfatizou a maior proporção de procedimentos odontológicos mutiladores na Atenção Básica brasileira, como as exodontias de dentes permanentes, com 98,0% de frequência de oferta nos serviços de saúde bucal em relação aos outros procedimentos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, justamente pela falta de insumos necessários à realização de procedimentos conservadores, os quais necessitam de mais recursos materiais para serem oferecidos. O acesso à polpa dentária, por exemplo, sendo um procedimento que evitaria a perda dentária, obteve 88,1% de frequência de oferta nesses serviços (GONÇALVES et al., 2020). Além disso, municípios com menor cobertura de saúde bucal na atenção básica e baixo IDH justificam essa grande proporção de exodontias (GONÇALVES et al., 2020).

Alguns estudos avaliaram a associação entre estrutura dos serviços de saúde bucal e procedimentos odontológicos preventivos e/ou curativos (NEVES et al., 2019; BAUMGARTEN et al., 2018; NEVES et al., 2017). As associações encontradas foram positivas, com maiores frequências nos casos em que havia disponibilidade de insumos tais como selantes e cimentos odontológicos (>30%) e a prevalência de procedimentos odontológicos preventivos mostrou-se maior nas regiões Sul (37,5%) e Sudeste (37,3%). Municípios com mais de 500.000 habitantes, com IDH superior a 0,7 e com cobertura de saúde bucal de até 4.000 habitantes por equipe obtiveram prevalências superiores a 32,0% desses tipos de procedimentos (NEVES et al., 2017).

A literatura atual tem avançado na construção de modelos explicativos que avaliam a relação entre a forma como a sociedade se organiza e se desenvolve e o estado de saúde da população a fim de compreender a correlação entre macroindicadores socioeconômicos (ex: IDH) da sociedade e indicadores de saúde. A associação das regiões Sul e Sudeste e um IDH superior a 0,70 com a realização de procedimentos odontológicos preventivos, mostra que o fator mais importante para explicar o estado geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a forma como a riqueza é distribuída (NEVES et al., 2017; BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2006).

2.2 Organização e processo de trabalho em saúde bucal na Atenção Básica brasileira

O processo de trabalho em Saúde Bucal na Atenção Básica compreende os aspectos relacionados à territorialização da população de referência da Equipe; planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços; apoio matricial à Equipe; organização dos prontuários na Unidade de Saúde; organização da agenda e oferta de ações; atribuições profissionais do cirurgião dentista, do técnico em saúde bucal (TSB) e do auxiliar em saúde bucal (ASB); e atenção ao câncer de boca (BRASIL, 2017a).

Os estudos levam em conta a importância da Epidemiologia para dar suporte às ações de territorialização das equipes, bem como a organização da oferta de serviços.

Os estudos incluem medidas de ocorrência, tais como prevalência de territorialização, planejamento, acompanhamento e avaliação das equipes, etc. Alguns estudos avaliaram medidas de associação, tais como razão de chances entre características macroeconômicas do país e o processo de trabalho das ESB nos municípios.

2.2.1 Territorialização e População de Referência da Equipe de Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal tem como pressuposto que o planejamento em saúde bucal seja subsidiado por um diagnóstico de saúde das populações, considerando a abordagem familiar e as relações que se estabelecem no território (BRASIL, 2004).

O conhecimento do território é um aspecto fundamental na organização da Atenção Básica, não podendo ser compreendido apenas como um espaço geográfico, mas sim um espaço social onde, historicamente, a sociedade se constituiu com características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde específicos (BRASIL, 2008b). O reconhecimento do território, com seu contexto histórico e cultural, equipamentos sociais (associações, igrejas, escolas, creches...) e lideranças locais, bem como a compreensão sobre as relações da população da área de abrangência com a unidade de saúde e seu perfil demográfico e epidemiológico são relevantes para a realização de ações de saúde, adequadas à realidade local (BRASIL, 2008b; GIOVANELLA L; MENDONÇA MHM, 2019).

Franklin e Sousa (2002) citam a territorialização como um processo que está na base da construção do vínculo com a comunidade, para o estabelecimento de corresponsabilidade entre a equipe de saúde e o usuário/família/comunidade, a fim de transformar a realidade local. Este processo também demonstra uma responsabilidade epidemiológica e social com a comunidade assistida pela equipe de saúde (CRUZ et al., 2009; STARFIELD, 2002).

Alguns estudos que avaliaram a territorialização em Saúde Bucal na Atenção Básica, como o de Cruz et al. (2009), registraram uma frequência de 78,7% das Equipes de Saúde Bucal que realizam adscrição territorial, com responsabilização sobre o cuidado em saúde junto à população sob sua responsabilidade. Já o estudo de Júnior et al. (2020), ao avaliar uma região específica do Estado do Rio Grande do Sul, apontou para a territorialização inadequada dos municípios, sem considerar as condições sociais da população e os limites territoriais, dificultam o uso dos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, que permaneceram com 38,7% de prevalência de utilização.

2.2.2 Planejamento, Acompanhamento e Avaliação

O planejamento em saúde possibilita compreender a realidade, os principais problemas e as demandas da população, necessitando ser realizado em uma linguagem compartilhada por Equipe e usuários, objetivando a parceria em todos os momentos (BRASIL, 2008b). A utilização de levantamentos epidemiológicos é essencial tanto para esta ação como para a territorialização, a fim de se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorando riscos e tendências e estimando necessidades de recursos para os programas, de acordo com as características sociodemográficas da população.

A PNSB tem como um de seus pressupostos a busca de ações baseadas em um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através das relações estabelecidas no território onde se desenvolvem essas práticas.

A avaliação dos serviços de saúde deve ser consolidada como ferramenta de gestão nas três esferas de governo, sendo utilizada como subsídio ao planejamento. Os momentos de avaliação realizados pela equipe, de acordo com a realidade local, são

essenciais para a orientação dos processos de consolidação, implantação e reformulação das práticas de cuidado à saúde (BRASIL, 2008b).

A literatura aponta que a grande maioria das Equipes de Saúde Bucal (mais de 88,6%) realizam reuniões de planejamento das ações em conjunto com a equipe de atenção básica (JÚNIOR et al., 2020; SANTOS et al., 2019; MEDRADO et al., 2015; NEVES et al., 2014; CRUZ et al., 2009). O estudo de Neves et al. (2014) registrou maior frequência dessas reuniões de maneira semanal (42,6%), seguidas de maneira mensal (28,2%) e quinzenal (18,8%).

O estudo de Cruz et al. (2009), ao avaliar as Unidades de Saúde do Município de Curitiba/PR, registrou uma frequência de 44% de cirurgiões dentistas que não realizaram nenhum tipo de estudo epidemiológico nos 12 meses anteriores à pesquisa, que pudesse auxiliar no planejamento das ações em saúde. Essa insuficiente realização de investigações epidemiológicas demonstra uma desvalorização do conceito da territorialização e da necessidade de educação permanente dos profissionais da Equipe para o desenvolvimento desses estudos (FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E., 2021; CRUZ et al., 2009).

O estudo de Santos et al. (2019) relatou que metade das equipes de saúde bucal avaliadas (51,0%) planejam e programam com frequência suas atividades com base em uma agenda de trabalho e garantem que a agenda de consultas seja mantida para dar continuidade ao tratamento dos usuários, enfatizando que, quando o planejamento não ocorre, as atividades continuam a fazer parte de um sistema curativo, e não preventivo.

Medrado et al. (2015), relatam que 92,6% das equipes de Atenção Básica realizaram atividades de planejamento das ações nos últimos doze meses, com apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho, prevalecendo em 58,3% apoio institucional, 40,5% apoio profissional de vigilância, e 71,7% de outros profissionais da gestão.

Outros estudos avaliaram a associação entre o planejamento das ações em saúde bucal e uma maior oferta de procedimentos odontológicos curativos, como o de Baumgarten et al. (2018), que registrou 15% maior probabilidade de realizar esses serviços quando se tem um planejamento somente com a Equipe de Saúde Bucal, em relação às equipes que não registraram a realização de planejamentos; e 5% maior probabilidade quando realizam o planejamento junto à equipe de Atenção Primária.

2.2.3 Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal

De acordo com Campos e Domiti (2007), o objetivo do apoio matricial em saúde é assegurar uma retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde da população, sendo um dispositivo importante para ampliação da clínica. O apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e formam uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, dialogando entre as diferentes profissões e especialidades.

As equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) garantem a continuidade do cuidado e realizam o matriciamento das equipes de saúde bucal da Atenção Básica, participando assim do planejamento locorregional, de acordo com a realidade epidemiológica dos municípios (BRASIL, 2018).

Neves et al. (2014) relatam que o apoio da gestão para a discussão de dados de monitoramento dos Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) é fundamental para as equipes de Atenção Básica, pois a disponibilização de indicadores sociais permite aos gestores municipais a facilitação da articulação intersetorial, proporcionando o matriciamento e o cuidado integral em saúde, com maior agilidade no processo de trabalho.

Os estudos apontam para mais de 75,0% prevalente o matriciamento das Equipes de Saúde Bucal no Brasil (MEDRADO et al., 2020; SANTOS et al., 2019; FAGUNDES et al., 2018; NEVES et al., 2014). No estudo de Santos et al. (2019), constatou-se 79,0% de suporte da gestão para as equipes de Saúde Bucal avaliadas e 82,4% de apoio permanente de equipe da rede municipal de saúde, desde a adesão ao PMAQ-AB.

Em relação à referência para Centros de Especialidades Odontológicas, Fagundes et al. (2018) relataram que 45,1% das equipes de saúde bucal dispõem desses serviços, mas apenas 7,6% têm referência para as cinco especialidades obrigatórias. Os encaminhamentos às especialidades em Odontologia dependem da existência de uma rede articulada de serviços em diferentes níveis de complexidade. Compreendendo assim a continuidade do cuidado em saúde bucal, percebe-se que esse atributo ainda está em implantação no processo de trabalho das ESB brasileiras (FAGUNDES et al., 2018).

No que diz respeito aos meios de apoio para as equipes, Medrado et al. (2020) relataram uma frequência de 58,3% de equipes que contam com o apoio matricial vindo da gestão, principalmente em municípios de grande porte, onde é mais comum a presença de profissionais qualificados para essa função.

2.2.4 Organização dos Prontuários, da Agenda da Unidade de Saúde e Oferta de Ações em Equipe

Este item se refere à organização das fichas clínicas e prontuários dos usuários dos serviços de saúde, à forma de atendimento da demanda tanto espontânea quanto programática, à seleção de procedimentos clínicos e ao acolhimento dos usuários.

O uso do prontuário de família em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde é um instrumento de trabalho que garante o registro das informações dos usuários e permite, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe. Esse instrumento agrega a informação de todos os membros da família, indo ao encontro do conceito de orientação da família dentro da Atenção Básica (BRASIL, 2018).

Tratando-se, ainda, de organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, a agenda dos profissionais é um recurso chave para garantir a retaguarda para o acolhimento e para a continuidade do cuidado, devendo ser compartilhada entre os membros da equipe (BRASIL, 2018; BRASIL, 2013).

Em relação aos tipos de demanda, um dos princípios da Atenção Básica é efetivar a integralidade em seus vários aspectos, através de ações de saúde programáticas e de demanda espontânea, articulando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2008b).

Somando-se a essa política, a Política Nacional de Saúde Bucal tem como um de seus princípios norteadores a busca do acesso universal, proporcionando a atenção à toda demanda, expressa ou reprimida, devendo dar prioridade aos casos de dor, infecção e sofrimento.

O conceito de acolhimento concorda com esses princípios, orientando a equipe de saúde a desenvolver maneiras adequadas de receber os diversos modos com que a população busca atendimento nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (BRASIL, 2008b). O acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso

aos serviços de saúde e para a adequação do processo de trabalho das equipes. Essa ação deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para a identificação dos riscos ou definição de urgências. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizando as particularidades de cada caso (BRASIL, 2008b; GIOVANELLA L; MENDONÇA MHM, 2019).

No que se refere à oferta de serviços da Equipe de Saúde Bucal, alguns protocolos buscam estimar as necessidades e demandas da população, considerando as classificações de risco (Protocolo de Saúde Bucal do Município de Porto Alegre – 2014; São Paulo – 2012; e Belo Horizonte – 2006). Esses protocolos auxiliam na orientação das equipes para a tomada de decisão e planejamento das ações em saúde bucal (BRASIL, 2018). De acordo com esses protocolos, o Manual de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018) propõe um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), com ações que vão desde as escovações dentais supervisionadas, aplicações tópicas de flúor, até as restaurações, extrações dentárias e, na sequência, os encaminhamentos à atenção especializada em saúde bucal.

Os estudos que utilizaram dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica para avaliar a situação dos registros de informações em saúde bucal, consideraram a disponibilidade de computadores, acesso à internet e disponibilidade de fichas do Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2003). Neves et al. (2014) relataram uma frequência de 64,0% de disponibilidade de computadores nas Unidades de Saúde, 45,1% com acesso à internet e 87,8% de disponibilidade de fichas de cadastramento das famílias (SIAB – A). Esses indicadores apontam para a necessidade de maiores investimentos na estrutura informacional das UBS, pois esses instrumentos são essenciais para o andamento adequado do sistema de informação, o qual requer aparato tecnológico e insumos para a sua efetiva operacionalização (NEVES et al., 2014).

No estudo de Santos e Hugo (2018), constatou-se que profissionais com formação em Saúde da Família compartilham mais sua agenda com os demais profissionais da equipe de Atenção Básica, além de ofertarem mais ações educativas em saúde bucal no território e garantir o retorno daqueles pacientes que já iniciaram o tratamento nas unidades de saúde.

Quanto ao atendimento aos diferentes tipos de demanda, a maioria dos estudos relata uma frequência acima de 90% das Equipes de Saúde Bucal que ofertam consultas programadas e de demanda espontânea (GONÇALVES et al., 2020; FAGUNDES et al., 2018; SANTOS E HUGO, 2018). Santos et al. (2018) relataram que 79,8% das equipes programam as atividades de acordo com dados do SIAB, enfatizando a importância dos sistemas de informação para orientar a programação das atividades.

Ainda em se tratando de ocorrência dos tipos de atendimentos às demandas dos usuários, Santos e Hugo (2018) relataram que 73,8% das equipes agendam a maior parte dos usuários e 52,4% permitem o agendamento das consultas em dias e horários específicos. Além disso, 66,3% das ESB compartilham a agenda com as equipes de Atenção Básica e mais de 85,0% das equipes afirmam garantir retorno para continuidade do tratamento (NEVES et al., 2019; SANTOS E HUGO, 2018). Já o estudo de Fagundes et al. (2018), ao relatar uma frequência de pouco mais de 60,0% das equipes que garantem a continuidade dos tratamentos odontológicos, sugere que esse atributo ainda está em implantação no processo de trabalho das ESB brasileiras.

No quesito procedimentos odontológicos ofertados pelas ESB, os estudos apresentam maiores prevalências (>90,0%) de aplicação de flúor tópico, extrações ou restaurações de dentes decíduos e extrações de dentes permanentes, enquanto que os procedimentos que necessitam de maiores planejamentos e/ou envolvem reabilitação oral permaneceram com baixas prevalências (<29,0%) (GONÇALVES et al., 2020; BAUMGARTEN et al., 2018). Uma quantidade relevante de serviços de Atenção Primária à Saúde Bucal sofre com a falta de infraestrutura para atendimento clínico odontológico (BAUMGARTEN et al., 2018).

O estudo de Baumgarten et al. (2018) avaliou associação entre infraestrutura das Unidades de Saúde e oferta de serviços odontológicos, apresentando uma maior ocorrência desses procedimentos quando as ESB possuíam, além dos cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal, profissionais com maior carga horária e que planejam suas atividades, bem como aquelas equipes que possuíam profissionais com formação em Saúde Pública e que realizavam educação permanente em saúde.

Em relação ao acolhimento às demandas, observa-se na literatura uma frequência entre 70,0 e 88,0% de ESB que realizam acolhimento à demanda espontânea, considerando classificação de risco e vulnerabilidade (GONÇALVES et al., 2020;

JÚNIOR et al., 2020; NEVES et al., 2019; FAGUNDES et al., 2018; SANTOS E HUGO, 2018; CASOTTI et al., 2014), com baixa ocorrência de utilização de protocolos para tal, ficando em torno de 40,0% (CASOTTI et al., 2014). Os estudos citam o acolhimento como um atributo de primeiro contato, baseado no compromisso dos profissionais e instituições para com os usuários, levando em consideração as suas necessidades em saúde.

Alguns estudos avaliaram a associação entre o acolhimento e a prevalência de alguns tipos de atendimentos e procedimentos odontológicos (GONÇALVES et al., 2020; NEVES et al., 2019). Neves et al. (2019) relataram uma associação entre o acolhimento e a prevalência de procedimentos curativos odontológicos, sendo essa prevalência acrescida de 24% para aquelas equipes que realizam o acolhimento e 26% quando havia a continuidade do cuidado.

2.2.5 Processo de trabalho do técnico e do auxiliar em saúde bucal

As atribuições específicas dos profissionais das equipes de Saúde da Família poderão constar de normatização complementar do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas (BRASIL, 2008b). Deve-se considerar, ainda, que o processo de trabalho da ESF demanda, além de atendimentos na UBS, atividades extramuros exercidas por todos os profissionais como visitas, consultas e procedimentos domiciliares, reuniões com a comunidade e outras, o que reforça a possibilidade de compartilhamento dos consultórios e demais espaços físicos da unidade entre programações diversas e os diferentes membros da equipe.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, e a Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são:

- Cirurgião Dentista: realizar o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das

urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de educação permanente do THD, ACD e ESF; realizar supervisão teórica do THD e ACD; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

- Técnico em Higiene Dental (THD): realizar atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo a programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; apoiar atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

- Auxiliar de Consultório Dentário (ACD): realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar o instrumental e materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organizar a agenda clínica; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família,

buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Neves et al. (2019), em um estudo com os dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB em todo o Brasil, relataram uma frequência de 82,4% de equipes que contam com a presença de um ASB ou TSB (modalidade I) e 13,2% de equipes que contam com um ASB e um TSB (modalidade II). Já o estudo de Júnior et al. (2020), analisando dados do segundo ciclo do PMAQ-AB em uma região específica do Estado do Rio Grande do Sul, relataram a prevalência de 58,9% de presença de apenas um ASB nas unidades de saúde.

Alguns estudos avaliaram associação entre os tipos de modalidade das ESB e a prevalência de procedimentos odontológicos. No estudo de Neves et al. (2019), encontrou-se uma associação entre a presença do auxiliar e/ou técnico em saúde bucal na equipe e a prevalência de procedimentos curativos em saúde bucal, aumentando em 15% essa prevalência quando a ESB era da modalidade II. Baumgarten et al. (2018), em um estudo com dados do segundo ciclo do PMAQ-AB em todo o Brasil, registraram uma associação da modalidade II das ESB associada com o aumento da realização de procedimentos curativos odontológicos em 29%.

Baumgarten et al. (2018) enfatizam que o TSB desempenha funções atribuídas ao atendimento direto ao paciente e, com isso, consegue aumentar a produtividade, a qualidade e contribuir para mudanças positivas nas práticas da atenção primária a saúde, permitindo ao cirurgião dentista se concentrar em atividades mais complexas. Dessa forma, o trabalho em equipe impacta nos diversos fatores que interferem no processo saúde/doença e na organização da estrutura de trabalho.

2.2.6 Atenção ao Câncer de Boca

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal (2004), compete à Atenção Básica a responsabilização pela detecção, encaminhamento, monitoramento e reabilitação dos casos de câncer bucal, dessa forma ampliando e qualificando a Atenção.

O câncer bucal pode ser prevenido de forma simples, desde que se priorize a promoção de saúde, incluindo ações individuais e coletivas educativas; o aumento do acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico precoce (BRASIL, 2008b).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, a formação dos dentistas ainda centrada nos processos reabilitadores e cirúrgicos dentários e a incipiência de uma rede de cuidado para pacientes com câncer bucal, no Brasil, influenciam negativamente tanto a capacidade de diagnóstico precoce, como a construção de fluxos e inserção das equipes de saúde bucal em redes de cuidado oncológico (BIAZEVIC et al., 2006).

Os estudos que analisaram dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, em todo o Brasil, relataram prevalências em torno de 50,0% de ESB que realizam campanhas para a detecção de lesões suspeitas e encaminhamento de casos suspeitos de câncer bucal para a atenção especializada (FAGUNDES et al., 2018; CASOTTI et al., 2014). Fagundes et al. (2018) registraram 42,9% de frequência de equipes que registram e acompanham esses casos. Já o estudo de Junior et al. (2020), realizado com dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, relatou uma frequência de 79,6% de equipes que realizam ações de prevenção e detecção do câncer de boca. Esses resultados, embora animadores quando se comparam os ciclos do Programa, evidenciam a necessidade de qualificação das ações para que se garanta a integralidade do cuidado em saúde bucal, além da importância de capacitação e atualização dos profissionais na área de diagnóstico clínico de lesões orais (JÚNIOR et al. 2020).

3 MARCO TEÓRICO

A qualidade dos serviços de saúde, de acordo com Donabedian (1988), deve ser mensurada pela tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende recursos físicos, instalações, materiais e insumos para a atenção à saúde. O processo verifica se as ações estão sendo executadas de acordo com as evidências científicas. O resultado aponta para a efetividade e o impacto do serviço sobre o estado de saúde da população (DONABEDIAN, 1988). Esse processo de monitoramento contínuo dos serviços de saúde permite a detecção precoce e a resolução dos problemas ali encontrados, o que, conseqüentemente, promove melhor desenvolvimento e aprimoramento dos serviços (DONABEDIAN, 1988). Este projeto propõe uma avaliação da estrutura dos serviços e do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da

Atenção Básica brasileira, a partir dos dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Durante muitos anos, no Brasil, a odontologia no SUS deu-se de forma desarticulada dos demais serviços de saúde. Essa tendência vem sendo modificada com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), que busca promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, bem como, para revisão das práticas assistenciais incorporando a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde implantou, em 2011, o Programa Requalifica UBS para melhorar a estrutura das UBS. O Programa criou incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, fazendo com que muitas unidades implementadas em casas mal adaptadas, passassem a ter uma estrutura em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a). O Requalifica UBS, além de promover a melhoria da estrutura física das Unidades de Saúde, ampliou a disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, ambiência e recursos humanos, contribuindo para a melhoria dos processos de trabalho e da qualidade da atenção em saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2018).

O processo de trabalho nas equipes de saúde bucal sofreu importantes mudanças após a implantação da PNSB (2004), tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização da AB no Brasil. A equipe de saúde bucal passou a ser constituída pelo dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal e foi incorporada às equipes de ESF, participando da organização dos prontuários e da agenda da Unidade de Saúde. Essa conformação buscou um trabalho mais articulado com os demais profissionais das equipes de ESF e com a Rede de Atenção à Saúde, prevendo inclusive a instituição do apoio matricial à ESB. Essa inserção na ESF fez com que a saúde bucal passasse a trabalhar com a territorialização, com definição de população adstrita, aproximação da realidade sociocultural da população e realização de planejamento, acompanhamento e avaliação das ESB. A partir da PNSB as ações de promoção e prevenção em saúde bucal passaram a ser priorizadas, desencadeando, entre outros aspectos, a atenção ao câncer de boca.

A estrutura e os processos de trabalho nas UBS são influenciados por aspectos macroeconômicos. Em contextos mais favoráveis da macroeconomia, há maior possibilidade de investimentos para a atenção à saúde. A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando por meio do Piso de Atenção Básica. Os recursos que compõem cada bloco de financiamento podem ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (BRASIL, 2007). Em suma, a compra de todos os insumos avaliados no PMAQ-AB compete ao ente federal com contrapartidas estaduais e municipais (BRASIL, 2017c). A maior disponibilidade de recursos financeiros também permite investimento na formação das equipes de saúde (TOMASI et al., 2015).

O processo de trabalho das equipes de saúde bucal também é fortemente influenciado por fatores macroeconômicos e pela gestão da saúde, especialmente a nível municipal. As definições da gestão quanto a estratégias de agendamento, priorização de atendimentos, valorização das atividades de promoção da saúde e critérios de avaliação do trabalho das equipes influenciam no modelo de atenção implementado. A gestão a nível federal também é capaz de influenciar os processos de trabalho das ESB ao definir critérios nacionais de avaliação e de políticas de incentivo financeiro para as equipes (BRASIL, 2012c).

Outros estudos, com dados do próprio PMAQ-AB, têm evidenciado desigualdades regionais, com piores indicadores de estrutura de serviços e processo de trabalho de equipes de saúde bucal na região Norte quando comparado às regiões Sul e Sudeste (ARRAIS et al., 2021; SCALZO et al., 2021; GONÇALVES et al., 2020; NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019; SANTOS et al., 2019; CHAVES et al., 2018; LOPES et al., 2018; BAUMGARTEN et al., 2018; MENDES et al., 2017; FILHO et al., 2016; PINHO et al., 2015; CASOTTI et al., 2014). Esse achado é consistente com o indicativo de que regiões mais pobres apresentam contexto desfavorável em relação à organização, oferta e qualidade dos serviços (PAIM et al., 2011). Essas desigualdades regionais se refletem na maior proporção de exodontias em relação a procedimentos mais conservadores em saúde bucal realizados na atenção básica nas regiões Norte e Nordeste (FILGUEIRA; RONCALLI, 2018; SILVA et al., 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), publicado anualmente pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), baseia-se em parâmetros de saúde, educação e renda para avaliar o desenvolvimento humano básico em um país. Quanto maior for o IDH, melhores serão as condições de vida e saúde da população (MOTA, 2022). Esse indicador é essencial para a tomada de decisões e orienta as ações a serem realizadas, com vistas à promoção de saúde, prevenção de agravos e organização dos serviços oferecidos (BARROS E CHAVES; 2003). Alguns estudos evidenciam uma relação direta entre o IDH e a disponibilidade de todos os instrumentais, insumos, materiais e boa estrutura física de uma UBS (NEVES et al., 2018; TOMASI et al., 2015; FACCHINI et al., 2006). Já em relação ao processo de trabalho das ESB, Neves et al. (2017), em uma análise do primeiro ciclo do PMAQ-AB, apontaram uma menor oferta de procedimentos preventivos em saúde bucal nos municípios com IDH mais baixos.

O Brasil tem 5.565 municípios, dos quais 2.513 (70,4%) têm até 20.000 habitantes, 1.368 têm entre 20 e 100 mil habitantes, 245 têm entre 100 mil até 500 mil habitantes e 38 cidades têm mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2011). Os municípios de grande porte concentram 29,3% da população (IBGE, 2011). O porte populacional e a cobertura da ESF são importantes componentes do contexto social municipal (FACCHINI et al., 2015). O tamanho do município influencia na gestão do sistema de saúde (WILLEMANN et al., 2019), uma vez que municípios pequenos precisam referenciar para outros municípios quando necessitam de atendimentos especializados, ficando dependentes de uma articulação regional bem sucedida (FAUSTO et al., 2014). Estudos apontam que, embora municípios de pequeno porte tenham maiores coberturas de ESF, são os de maior porte populacional que apresentam os melhores serviços de APS, provavelmente por contarem com uma rede assistencial mais abrangente e por receberem maiores investimentos para a manutenção destes serviços (TOMASI et al., 2015; MACHADO et al., 2008).

O modelo de atenção à saúde é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades individuais e coletivas em saúde de uma população. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (PAIM, 2001). Enquanto o modelo de atenção tradicional tem uma abordagem curativista, com

priorização da atenção à demanda espontânea, a Estratégia Saúde da Família inclui ações territoriais, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações enfocando a atenção à saúde de grupos prioritários (PAIM, 2001). Sendo a Saúde da Família a estratégia prioritária, essa costuma carrear mais recursos para o município e por isso pode determinar melhor estrutura nos serviços (BRASIL, 2017c). Há evidências de que a falta de infraestrutura adequada, equipamentos, materiais e recursos humanos das unidades de saúde está relacionada com um processo de trabalho deficiente (BRASIL, 2017a).

O modelo de atenção da ESF está refletido nas diretrizes da PNSB (2004) influenciando o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal, através da definição das atribuições do técnico e do auxiliar em saúde bucal, da instituição do apoio matricial à ESB, do trabalho articulado com os demais profissionais da ESF e da articulação da ESB com toda a Rede de Atenção à Saúde. Após 12 anos de implantação das primeiras ESB, a cobertura de ESB na AB alcança somente 38,4% da população e a atenção à saúde bucal ainda tem se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais (PINHO et al., 2015; BULGARELI et al., 2014).

Diante desse cenário, o Modelo Teórico para a avaliação da estrutura dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Brasil no âmbito da Atenção Básica esquematiza as relações entre seus determinantes (figura 2). A situação macroeconômica do país e a macrorregião à qual o município pertence irá determinar o IDH do município. O IDH e o porte populacional do município influenciam a cobertura de ESF e o modelo de atenção predominante, determinando assim a estrutura das unidades de saúde e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal.

4 MODELO TEÓRICO

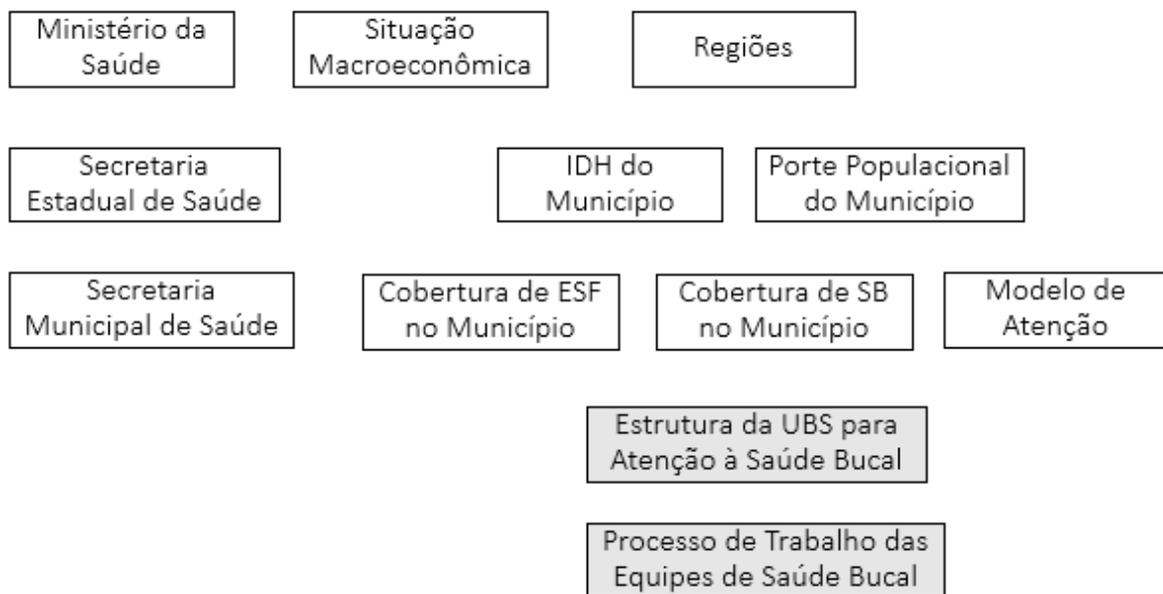


Figura 2. Modelo teórico dos determinantes da estrutura e do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal brasileiras.

5 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Saúde Bucal, aos 18 anos da sua implementação, promoveu uma considerável melhoria na atenção à saúde da população brasileira. No entanto, a ampliação e qualificação da assistência dependem da disponibilidade de equipamentos e insumos, de boa estrutura física das unidades de saúde e de processos de trabalho adequados (BRASIL, 2016a). O PMAQ-AB aposta na produção de uma cultura de avaliação e intervenção, para gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para realizar mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica e as potencialidades locorregionais (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

As análises do primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB mostram que a estrutura física dos consultórios odontológicos avaliados não apresentou grandes diferenças entre as regiões brasileiras, porém a proporção de instrumentais e insumos recomendados para a atenção básica em saúde bucal se mostrou inadequada, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (GONÇALVES et al., 2020). No primeiro ciclo do PMAQ-AB,

observou-se uma baixa frequência de ESB na modalidade II, ou seja, aquelas que contavam com um ASB e um TSB. No segundo ciclo, aumentou o número de equipes na modalidade I, contando com um ASB ou um TSB, mas não houve mudança no número de equipes na modalidade II (NEVES et al., 2019).

A PNSB (2004) incentivou adequações no processo de trabalho das equipes de saúde bucal ampliando a cobertura e qualificando este serviço na APS. A evolução do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ-AB foi demonstrada pelo aumento do número de ESB's que realizavam campanhas para a detecção de casos suspeitos de câncer bucal (JUNIOR et al., 2020; FAGUNDES et al., 2018; CASOTTI et al., 2014). No entanto, a oferta de procedimentos preventivos em saúde bucal apresentou baixa prevalência na avaliação desses dois ciclos, principalmente em municípios de pequeno porte na região Norte – 17,9% (NEVES et al., 2017). Ainda em relação à prevenção em saúde, o estudo de Santos et al. (2019) relatou que metade das ESB avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB planejavam e programavam com frequência suas atividades, recebendo apoio permanente para organizar suas ações, porém esse resultado não é capaz de modificar a realidade de um modelo curativo para um modelo de promoção e prevenção em saúde.

Estudos sobre a saúde bucal na atenção básica ainda são escassos. Algumas pesquisas avaliam o acesso e qualidade da atenção à saúde bucal, bem como a satisfação dos usuários, porém poucos estudos abordam a estrutura dos serviços e os processos de trabalho das equipes. Considerando essas lacunas existentes na literatura, o terceiro ciclo do PMAQ-AB permitirá investigar a evolução da adequação da estrutura dos serviços e dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal.

Em 2019, o PMAQ foi descontinuado e foi instituído o Programa Previne Brasil, que estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019), produzindo um retrocesso no paradigma de financiamento da AB, ao centrar o incentivo no cadastro individual e no alcance de metas de um pequeno número de indicadores selecionados (FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E., 2021; MELO et al., 2019). Além disso, ocorreu a pandemia de covid-19 que afetou muito a atenção em saúde bucal com restrições ao uso da estrutura existente, e direcionamento da ESB para atividades relacionadas ao enfrentamento da pandemia (BRASIL/RS, 2021). Portanto, a avaliação da estrutura dos serviços e dos

processos de trabalho das equipes de saúde bucal no PMAQ em 2017/2018 oportuniza a comparação com futuros estudos captando os efeitos da nova política e da pandemia.

Referência	Local/Ano	Amostra	Objetivo	Delineamento	Instrumento	Principais resultados
Arrais et al., 2021	Brasil/2013/2014	18.114 ESB participantes do ciclo 2 do PMAQ-AB.	Analisar a qualidade da assistência à SB na APS no Brasil e identificar fatores contextuais socioeconômicos associados.	Transversal	Módulos V e VI do PMAQ-AB – ciclo II.	Apenas ¼ das ESB são consideradas boas quanto à qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil. As regiões Sul e Sudeste apresentaram melhores padrões de qualidade, com 8,0% das equipes classificadas como “ruim”. O território Norte é o que apresenta pior padrão de qualidade.
Freire et al., 2021	Brasil/2014e 2018	114.615 usuários (2014); 140.444 (2018).	Investigar os fatores associados ao não acesso em saúde bucal sob a ótica do usuário do SUS, tendo como base os dados colhidos no 2º e 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB.	Transversal	Módulo III dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB.	No 2º ciclo, o fato de residir em municípios com menor IDH reduziu a chance de não acesso à saúde bucal. No 3º ciclo, indivíduos residentes em municípios mais desiguais apresentaram mais chance de não acesso.
Miranda et al., 2021	Brasil/2019	60 CDs vinculados à APS no Município de Sobral/CE.	Analisar o grau de extensão dos atributos da APS e fatores associados na perspectiva de CDs.	Transversal	Questionário estruturado – PCATool – SB.	92,0% dos CDs possuíam carga horária semanal de 40 horas. O escore geral de orientação para a APS foi de 7,22. Na análise dos escores obtidos para cada atributo da APS, para os atributos essenciais, o menor escore médio foi para o atributo acesso (3,48 com desvio-padrão de ±1,11) e o maior para o atributo integralidade

						- serviços prestados (9,70 com desvio-padrão de $\pm 0,47$).
Ribeiro et al., 2021	Brasil/2011-2012 e 2013-2014	38.812 UBS brasileiras, independentes e de aderirem ao ciclo 1 do PMAQ-AB e 24.055 ESFs participantes do ciclo 2 do PMAQ-AB.	Comparar indicadores de potencial de acesso aos serviços de SB buscados nos dois ciclos do PMAQ-AB, verificando se o programa gerou mudanças no acesso aos serviços de saúde bucal.	Transversal	Módulos I e II do ciclo 1 e módulos I e VI do ciclo 2.	A proporção de elementos que possuíam um ou mais dentista, consultório odontológico e operavam em horário mínimo variou de 65,56% a 67,13 entre os dois ciclos do PMAQ-AB. O número de equipes que faziam atendimento todos os dias da semana aumentou 8,7% e as que faziam visita domiciliar variou de 44,51% a 52,88%.
Scalzo et al., 2021	Brasil/2013-2014	16.202 serviços de saúde bucal da APS brasileira.	Descrever a estrutura dos serviços de SB na APS no Brasil com centros participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB.	Transversal	Módulo I do ciclo 2 do PMAQ-AB.	Os serviços de SB apresentam consultórios odontológicos com boa disponibilidade de equipamentos e insumos odontológicos para a realização das atividades clínicas. No entanto, diferenças na estrutura de serviços entre as regiões brasileiras ainda eram observadas, com base em pontuações de equipamentos e suprimentos odontológicos entre as macrorregiões brasileiras.

Gonçalves KF et al., 2020	Brasil/2020	4.340 mulheres no ciclo I e de 6.209 no ciclo II do PMAQ-AB.	Avaliar a prevalência de utilização de serviço odontológico no pré-natal e seus fatores associados, nas diferentes macrorregiões brasileiras.	Transversal	Módulos 2 e 3 do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB – ciclos II e III.	A prevalência de utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal no período de 2011 a 2012 foi de 45,9%, elevando-se para 51,9% no período de 2013 a 2014.
Gonçalves AJG; Pereira PHS et al., 2020	Brasil/2013-2014	24.056 UBS participantes do PMAQ-AB – ciclo II.	Analisar as condições de acessibilidade, estrutura e oferta de serviços odontológicos de UBS com ESB e compará-los entre as regiões geográficas brasileiras.	Transversal	Módulo I (estrutura), Módulo V (condições da estrutura, materiais e insumos da SB nas UBS, quando existente) e Módulo VI (processo de trabalho das ESB) do PMAQ-AB.	As UBS apresentavam boa estrutura física, porém, baixa acessibilidade para pessoas com deficiência. Os consultórios odontológicos apresentavam estrutura física adequada e equipamentos, instrumentos e insumos odontológicos suficientes. No entanto, exibiam alta proporção na oferta de serviços mutiladores em comparação a procedimentos que evitariam as extrações dentárias, e baixa oferta de referência especializada. Além disso, houve evidenciadas desigualdades regionais, favoráveis às regiões Sul e Sudeste.
Cardozo et al., 2020	Brasil/2011-2013	405 indivíduos (5	Avaliar e comparar a presença e extensão dos atributos da APS em	Transversal	Instrumento de Avaliação de Atenção	O desempenho do CHS e FHS foi superior ao do TPC em quase todos os atributos (p <0,05). A

		respondentes por item do PCATool-OH).	diferentes tipos de arranjo organizacional, prestados por três serviços odontológicos em Porto Alegre: Community Health Service (CHS), Family Health Strategy (FHS) e traditional Primary Care (TPC).		Primária - Saúde Bucal de Adultos (PCATool-OH).	extensão dos atributos da APS nos serviços era pobre (a pontuação geral mais alta foi 5,75 na CHS). O CHS foi o único serviço em que metade dos usuários (83; 49,1%) classificou os serviços de saúde bucal como tendo alto escore geral para APS.
Júnior et al., 2020	Brasil/2013-2014	21 municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Estadual de Saúde do RS.	Descrever alguns indicadores de qualidade dos serviços de saúde bucal de municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do sul do Brasil.	Transversal	Microdados da avaliação externa do PMAQ-AB – ciclo II.	Apesar da maioria das unidades possuírem atendimento odontológico com agendamento e capacidade de resolução dos casos, a maioria dos usuários não o utilizam.
Amorim et al., 2019	Brasil/2013-2014	37.262 usuários dos serviços de saúde bucal do SUS.	Investigar as diferenças na satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal de acordo com o perfil sociodemográfico do usuário e a qualidade dos serviços de SB na APS no Brasil.	Transversal	Módulo do usuário – PMAQ-AB – ciclo II.	Participaram 37.262 usuários e 65,51% relataram satisfação com o serviço de saúde bucal, sendo maior entre os maiores de 20 anos e beneficiários do Bolsa Família e menor entre os usuários com maior escolaridade e os que referiram sendo empregado.
Bastos et al., 2019	Brasil/2011-2013	412 usuários de serviços da APS	Avaliar a associação entre o acesso à atenção à saúde bucal por meio da AB e a OHRQoL.	Transversal	Questionário padronizado + OHIP-14.	O coeficiente alfa de Cronbach para as avaliações do OHIP-14 foi de 0,89. 56,6% dos participantes relataram não ter sido atendidos

						no mesmo dia em que compareceram à unidade de saúde para tratar de questões bucais. O número de dentes naturais e a presença de doenças crônicas estiveram associados ao desfecho do OHIP-14.
Neves M; Giordani JMA; Hugo FN, 2019	Brasil/2012	11.374 ESB da APS	Avaliar a associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas ESB avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB.	Transversal	Módulos I e II (estrutura e processo de trabalho, respectivamente) do PMAQ-AB – ciclo I.	Entre as ESB avaliadas, 30,5% não realizam um ou mais dos procedimentos odontológicos compilados como desfecho, quais sejam: restaurações de amálgama e resina, exodontias, etc. Em relação à prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos, as regiões Sudeste (79,8%) e Sul (75,4%) apresentaram maiores prevalências quando comparadas às demais. A maior ocorrência do desfecho foi nas cidades com mais de 500 mil habitantes (78,1%).
Santos et al., 2019	Brasil/2013-2014	18.114 ESB	Analisar dados para a gestão e organização da Atenção Primária à Saúde Bucal.	Transversal	Módulo de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo II.	Nas macrorregiões brasileiras, as ESB foram mais agrupadas nas regiões Sudeste (87,5%), Nordeste (85,4%) e Sul (82,7%). A maioria das UBS tem gestão e

						organização satisfatórias. Porém, algumas precisam ser aprimoradas, principalmente no planejamento e programação de ações com base em indicadores de saúde e na autoavaliação.
Referência	Local/Ano	Amostra	Objetivo	Delineamento	Instrumento	Principais resultados
Nascimento et al., 2019	Brasil/2019	109 UBS com ESB, na cidade de Curitiba.	Comparar dois modelos distintos de saúde bucal pública em ESF, em oposição a serviços não-ESF designados como atenção 'convencional' (ACS), quanto à presença e extensão dos atributos de "bons" cuidados de saúde primários (APS).	Transversal	Primary Care Assessment Tool (PCATool)- Dentists e PCATool-Users.	De maneira geral, os serviços de atenção básica em SB foram bem avaliados, tanto pelos usuários quanto pelos dentistas, com escores médios atribuídos aos atributos da APS em sua maioria acima do ponto de corte (6,6). As exceções para os usuários foram afiliação e acessibilidade; e para dentistas a acessibilidade. Na comparação entre ESF e CHC ("cuidados convencionais em saúde), observou-se superioridade do modelo ESF, que alcançou escore médio geral de 7,53 entre os usuários e 7,56 entre os dentistas; por outro lado, a pontuação média geral do CHC foi de 6,61 e 6,68, respectivamente, para usuários e dentistas.

Reis et al., 2019	Brasil/2012	12.403 ESB participantes do PMAQ-AB – ciclo I.	Descrever os serviços de APS realizados por ESB no Brasil e compreender as nuances que levam a diferentes níveis de atuação em ESB.	Pesquisa explicativa de método misto	Módulo de processo de trabalho do PMAQ-AB – ciclo I.	Os resultados quantitativos mostraram que existem ESB com alto e baixo desempenho no Brasil. A análise IRT mostrou que itens relacionados a próteses e câncer oral tendem a discriminar ESB de alto desempenho de outras ESB. Os resultados qualitativos aprofundaram a compreensão do acesso aos serviços de saúde bucal e encontraram várias barreiras de acesso, como o número insuficiente de ESB para a população e o tempo de espera muito longo para consultas odontológicas fora da urgência.
Viana et al., 2019	Brasil/2013-2014	168 municípios do Estado de Pernambuco e seu território, o arquipélago de Fernando de Noronha.	Avaliar a qualidade da assistência em saúde bucal na APS de Pernambuco, Brasil, em 2014.	Ecológico	Módulo de avaliação externa do PMAQ-AB – ciclo II.	O padrão de qualidade dos municípios para a dimensão ‘Estrutura’ foi melhor pontuado que para a dimensão ‘Processo de trabalho’; identificaram-se correlações entre os indicadores de urgência odontológica, cobertura de escovação dental supervisionada e tratamentos concluídos, nos estratos de qualidade relacionados ao processo de trabalho das equipes de SB.

Baumgarten et al., 2018	Brasil/2012-2014	37.262 usuários da AB e dos serviços odontológicos oferecidos pelo SUS.	Explorar e analisar a percepção dos usuários do SUS quanto ao desenvolvimento da busca ativa de pacientes atendidos pelo mesmo dentista e das informações recebidas sobre autocuidado em saúde bucal nas 5 macrorregiões brasileiras.	Transversal	Módulo do usuário – PMAQ – ciclo II.	Existem semelhanças em todas as regiões brasileiras quanto à percepção dos usuários do SUS sobre as práticas da equipe odontológica nos serviços de APS. As equipes odontológicas não buscam ativamente os usuários ausentes no tratamento odontológico. A maior prevalência dessa ausência foi na região Sudeste (18,1%).
Lopes et al., 2018	Brasil/2013-2014	16.202 ESB participantes do PMAQ-AB – ciclo II.	Descrever a estrutura da APS oral brasileira, com foco nos instrumentos disponíveis para a prestação de cuidados de SB e comparar o número de instrumentos de acordo com a organização de características dos serviços de SB.	Transversal	Módulo de estrutura do PMAQ-AB – ciclo II.	Os instrumentos básicos, cirúrgicos e restauradores foram os mais encontrados. Instrumentos periodontais, endodônticos e protéticos exibiram os menores percentuais. A média e o número médio de instrumentos odontológicos foi maior para as equipes que operaram mais em plantões, os com técnicos em saúde bucal, nas regiões Sul e Sudeste. As piores condições de infraestrutura existiam nas ESB com as piores formas de organização do cuidado e nas regiões com maiores problemas sociais.

Referência	Local/Ano	Amostra	Objetivo	Delineamento	Instrumento	Principais resultados
Baldani et al., 2018	Brasil/2013-2014	1.017 ESB participantes da avaliação externa do PMAQ-AB no Paraná	Identificar desigualdades na organização do processo trabalho das ESB na ESF, comparando municípios do Estado do Paraná quanto à condição social, econômica e demográfica.	Transversal	Módulo V – estrutura da UBS – PMAQ-AB – ciclo II.	66,8% das equipes informaram atuar em uma única ESF. As equipes de modalidade II contam com TSB, nos municípios com melhores indicadores socioeconômicos e maior população. Foram esses municípios que mais apresentaram ESB atuando em duas ou mais ESF, com maior população adscrita.
Baumgarten et al., 2018	Brasil/2014	18.114 UBS com ESB.	Avaliar se a prestação de atendimento clínico odontológico, por meio dos principais procedimentos curativos recomendados na APS, está associada às características estruturais da equipe, considerando a presença de um conjunto mínimo de equipamentos, instrumentos e suprimentos na rede primária de serviços de saúde.	Transversal	Módulo de avaliação externa do PMAQ-AB – ciclo II.	1.190 (6,5%) equipes de saúde bucal não apresentavam equipamentos mínimos para atendimento clínico odontológico e apenas 2.498 (14,8%) possuíam todos os instrumentos e insumos necessários e realizaram os cinco procedimentos curativos avaliados. Houve associação positiva entre o desfecho e a composição das equipes de saúde bucal, maior carga horária, realização de análise do estado de saúde e monitoramento de indicadores de saúde bucal.
Baumgarten et al., 2018	Brasil/2012-2014	37.262 usuários de	Explorar e caracterizar as percepções dos usuários	Transversal	Módulo do usuário –	Houve uma boa percepção em relação às práticas de cuidado

		atendimento odontológico do SUS	do SUS em relação à equipe odontológica primária nas cinco regiões geográficas brasileiras.		PMAQ-AB – ciclo II.	primário odontológico. Além disso, "ser assistido pelo mesmo dentista 'e' receber informações sobre autocuidado em saúde bucal da equipe odontológica, foram associados com uma percepção positiva das práticas. A região Centro-Oeste teve a maior prevalência de 'Sendo tratado e assistido pelo mesmo dentista'.
Fagundes DM et al., 2018	Brasil/2012	12.403 ESB participantes do ciclo I do PMAQ-AB.	Descrever o processo de trabalho das ESB do Brasil, com base nos atributos essenciais da APS, segundo regiões, tipo de equipe da APS e características socioeconômicas dos municípios; e verificar se os dados do processo de trabalho das ESB do ciclo I do PMAQ-AB foram capazes de aferir tais atributos.	Ecológico	Módulo de avaliação externa do PMAQ-AB – ciclo I.	As ações mais realizadas pelas equipes de saúde bucal (>60%) foram no primeiro contato, e as menos frequentes foram as de integralidade, destacando-se os encaminhamentos para especialidades (7,6%). Houve diferenças no processo de trabalho das equipes de saúde bucal entre as regiões do país, tipo de equipe e estratos de certificação.
Santos NML; Hugo FN, 2018	Brasil/2013-2014	18.114 ESB aderentes ao segundo ciclo do PMAQ-AB	Investigar a associação entre a formação profissional dos CD na área de SF e os indicadores de processo	Transversal	Módulo IV (avaliação externa) do PMAQ-AB – ciclo II	Os profissionais com pós-graduação em Saúde da Família compartilham com mais frequência sua programação com outros profissionais da AB,

			de trabalho que são desenvolvidos pelas ESB da AB, levando em consideração a organização da demanda programática e a realização de visitas domiciliares.			organizam sua programação para oferecer atividades educativas em SB com maior frequência, garantir a conclusão do tratamento dos pacientes e realizar mais visitas domiciliares.
Referência	Local/Ano	Amostra	Objetivo	Delineamento	Instrumento	Principais resultados
Bordin et al., 2017	Brasil/2014	461 usuários e 133 profissionais de saúde bucal do município de Ponta Grossa/PR	Confrontar a visão de usuários com a de profissionais da saúde acerca da satisfação com o serviço público odontológico.	Transversal	Formulário adaptado do protocolo para avaliação da satisfação dos usuários do PNAAS e do PMAQ-AB.	O índice de satisfação geral dos usuários foi 0,8 e o de ACS 0,75. De modo geral, os usuários relataram estar satisfeitos com o serviço público odontológico ofertado.
Mendes et al., 2017	Brasil/2013-2014	18.114 ESB	Examinar os procedimentos de atenção básica à saúde bucal realizados por ESB aderentes ao segundo ciclo do PMAQ-AB.	Transversal	Relatórios de desempenho de 23 procedimentos básicos de SB.	A maioria das equipes de saúde bucal realiza procedimentos odontológicos básicos. Porém, na maioria das vezes, não mantêm registros adequados de casos suspeitos de câncer bucal, exames diagnósticos ou acompanhamentos e não realizam procedimentos protéticos dentais. Os dados também mostraram disparidades no número médio de

						procedimentos realizados em cada região geográfica brasileira em 2013-2014, variando de 13,9 na região norte para 16,5 nas regiões sul e sudeste.
Aldosari et al., 2017	Brasil/2013-2014	9.120 pacientes da APS, de 16.107 UBS participantes do PMAQ-AB – ciclo II.	Avaliar os fatores associados à satisfação dos pacientes com o tratamento odontológico da Atenção Básica à Saúde (APS) no Brasil.	Transversal	Módulo de avaliação externa do PMAQ-AB – ciclo II.	A média de satisfação dos pacientes foi de 9,4 (\pm 2,3). A maior satisfação do paciente com a APS foi associada à menor escolaridade e à percepção do paciente sobre as condições clínicas. Além disso, maior satisfação foi associada a recepção e hospitalidade positivas, tempo suficiente para o tratamento e instruções que atendessem às necessidades dos pacientes. A menor satisfação com a APS foi associada aos pacientes que trabalham em comparação aos que não trabalham.
Neves et al., 2017	Brasil/2012	10.334 ESB participantes do PMAQ-AB – ciclo I.	Avaliar a associação entre características sociodemográficas, indicadores assistenciais, características do processo de trabalho e a realização de procedimentos	Transversal	Módulo de avaliação externa do PMAQ-AB – ciclo I.	A realização de procedimentos odontológicos preventivos foi de 29,46%, considerada baixa.

			odontológicos preventivos por ESB avaliadas durante a primeira fase do PMAQ-AB.			
Referência	Local/Ano	Amostra	Objetivo	Delineamento	Instrumento	Principais resultados
Reis et al., 2017	Brasil/2012	12.403 ESB participantes do PMAQ-AB	Avaliar as propriedades psicométricas das questões odontológicas do PMAQ-AB, por meio da IRT (Teoria de Resposta ao Item).	Transversal	Módulo de processo de trabalho do PMAQ-AB – ciclo I.	As questões sobre atendimento odontológico apresentaram maior poder de discriminação para ESB com desempenho abaixo da média. Ações como confecção de próteses e rastreamento e acompanhamento de casos de câncer bucal caracterizaram as equipes de alto desempenho. O desempenho das equipes distribuídas pelos estados brasileiros indicou que as ESB do Sul e Sudeste tiveram melhor desempenho do que as ESB do restante do país.
Ely et al., 2016	Brasil/2002-2003	2.581 adolescentes de 12 e de 15 a 19 anos, de 19 municípios com ESB na ESF, e outros 17	Avaliar o resultado das ESB em indicadores relacionados ao CPOD, dor de origem dental, sangramento gengival e cálculo dentário em adolescentes de municípios do Rio Grande	Transversal	Exames clínicos realizados por quatro CDs treinados + questionário semiestruturado.	Dentes cariados associaram-se significativamente com sexo feminino, escolaridade materna, local e tempo da última consulta ao dentista. Ser do sexo feminino e ter mãe com ensino médio ou superior associa-se com ter menor número de dentes cariados. Por outro lado, ter feito

		municípios sem ESB/ESF com modelos tradicionais de atenção à SB.	do Sul com e sem ESB-ESF.			a última consulta ao dentista no SUS e há mais de três anos, associou-se com cárie não tratada.
Fernandes et al., 2016	Brasil/2000-2012	População do DF, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraíba, Piauí, Maranhão, Alagoas e Pará.	Avaliar se as associações entre a condição socioeconômica de diferentes unidades federativas do Brasil com os indicadores de SB ocorrem em favor da equidade, considerando a hipótese de que estados com as piores condições socioeconômicas apresentam melhores indicadores de SB.	Ecológico	Banco de dados do MS (DATASUS); indicadores de SB do PIAB de 2006; SIAB.	Todos os indicadores de oportunidade de acesso foram associados negativamente com o IDH. Para os de utilização, a associação ocorreu para apenas dois indicadores. Os resultados evidenciaram uma tendência evolutiva pró-equidade para indicadores de oportunidade de acesso em relação à SB.
Filho et al., 2016	Brasil/2013	1.848 dentistas que atuam na APS de 26 capitais brasileiras e no DF.	Avaliar o potencial de efetividade das estratégias de Promoção da Saúde Bucal, realizadas por equipes da APS nas capitais e regiões brasileiras.	Transversal	Instrumento validado pelo Estudo Nacional de Práticas de Promoção da Saúde (E.N.PRO.SA)	Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as unidades geopopulacionais analisadas considerando o objeto de estudo. As regiões Sudeste e Sul tiveram melhor desempenho para as estratégias de promoção de

					- matriz de indicadores de avaliação.	saúde bucal em comparação às demais regiões do Brasil.
Pinho et al., 2015	Brasil/2001-2012	ESFs das cinco macrorregiões brasileiras.	Analisar evolução da cobertura das ESBs da ESF nas cinco macrorregiões brasileiras e assim fornecer informações para que estratégias sejam estabelecidas visando a melhoria do acesso aos serviços de saúde.	Ecológico	Dados do Departamento de AB do MS.	59,2% da quantidade de ESB I em relação ao total de equipes brasileiras implantadas no ano de 2001 estava na região Nordeste e 4,9% no Norte, em 2013: 48,5% e 7,8%, respectivamente. Quanto à proporção populacional coberta por algum tipo de ESB o Nordeste apresentou maior proporção de ESB I: 69,1% e Sudeste, menor proporção 25,6%. Ao relacionar-se a proporção ESB I/ESB II o Nordeste apresentou a pior relação 1:33,4 e o Sul melhor 1:5,6.
Casotti et al., 2014	Brasil/2012	26.263 usuários; 17.202 ESB que aderiram ao PMAQ-AB, 12.565 profissionais de SB respondentes.	Identificar as características da oferta dos serviços de odontologia acessados pelos usuários e a análise da organização da atenção à SB descritas pelas equipes quanto aos atributos de acesso de primeiro contato e integralidade.	Descritivo	Módulos II e III do ciclo 1 do PMAQ-AB.	45,1% dos usuários conseguem marcar consulta com o dentista. A garantia de continuidade de tratamento é menor nas regiões Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de espera nas especialidades ainda se constituem em problema da rede de atenção.
Referência	Local/Ano	Amostra	Objetivo	Delineamento	Instrumento	Principais resultados

Viana IB; Martelli PJJ; Pimentel FC, 2011	Brasil/2001-2009	Equipes de SB do Estado de Pernambuco, entre 2001 e 2009	Analisar o processo de evolução quanto à cobertura das ESBs e conhecer como se deu a expansão no Estado.	Ecológico	Dados disponibilizados pelo Departamento de AB.	Houve um aumento de 881,8% no número de ESBs ao longo dos anos estudados, entretanto, em 2009, apenas 54,3% da população estava coberta por essas equipes.
Cruz et al., 2009	Brasil/2004	196 profissionais de saúde bucal de Unidades ESF da cidade de Curitiba	Compreender a dinâmica do processo de trabalho na ESF na perspectiva das equipes locais e fazer uma análise/reflexão da atuação destas nas ESB frente aos princípios da ESF integrados aos princípios do SUS, na cidade de Curitiba, Paraná.	Transversal	Dois questionários estruturados.	Houve importante participação da ESB nos Conselhos Locais de Saúde, da ordem de 78,7%. A maioria dos cirurgiões-dentistas (79,3%) avaliou que os cidadãos usuários dos serviços locais têm acesso dificultado às especialidades.

Quadro 1. Descrição dos artigos inseridos na revisão de literatura.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Avaliar a estrutura e o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica no Brasil.

6.2 Objetivos específicos

1. Descrever a prevalência de estrutura física e ambiência dos serviços de saúde bucal adequadas na atenção básica.

2. Descrever a disponibilidade dos equipamentos em condições de uso no consultório odontológico.

3. Descrever a disponibilidade dos insumos no consultório odontológico.

4. Descrever a disponibilidade dos instrumentais para atendimentos básicos, cirurgia, dentística/prótese, periodontia, endodontia e biossegurança no consultório odontológico.

5. Avaliar a organização e o processo de trabalho dos serviços de saúde bucal na atenção básica quanto à territorialização da população atendida, ao planejamento, acompanhamento e avaliação, ao apoio matricial à ESB, à organização dos prontuários na UBS, à organização da agenda e oferta de ações da equipe, à relação da ESB com outros pontos da RAS e à atenção ao câncer de boca.

6. Examinar o processo de trabalho do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

7. Avaliar a associação de regiões, porte populacional, IDH, percentual de ESF no município com a estrutura e ambiência dos serviços, equipamentos em condições de uso, insumos e instrumentais disponíveis no consultório odontológico.

8. Avaliar a associação de regiões, porte populacional, IDH, percentual de ESF no município com a organização e o processo do trabalho das equipes de saúde bucal na atenção básica.

7 HIPÓTESES

1. A maioria das Unidades Básicas de Saúde apresentará estrutura física e ambiência adequadas para a atenção à saúde bucal.

2. A maioria das UBS possuirá de 50 a 75% dos equipamentos essenciais para cuidados em saúde bucal, em boas condições de funcionamento. Mais de 90% terão cadeiras odontológicas, refletor, mocho, sugador, cuspeira e caneta de alta rotação. Mais de 50% terão negatoscópio, avental de chumbo e aparelho de ultrassom.

3. Mais de 60% das unidades possuirá todos os insumos necessários para a atenção em saúde bucal. Mais de 90% terá material de preenchimento temporário, fios de sutura e anestésico e menos de 15% terá o amálgama de preparação manual.

4. Mais de 90% das unidades terá instrumentais essenciais para exame (jogo clínico) e básicos para dentística e cirurgia (espátulas e extratores). As limas periodontais e cânulas de aspiração endodôntica estarão em falta em mais de 30% dos serviços.

5. Menos 70% das unidades terão planejamento, acompanhamento e avaliação; apoio matricial à ESB; organização dos prontuários na UBS, organização da agenda e oferta de ações da equipe, relação da ESB com outros pontos da RAS. Mais de 90% das UBS terão territorialização da população atendida e ofertarão atenção ao câncer de boca.

6. Mais da metade das equipes terão técnicos e auxiliares em saúde bucal que realizam as atribuições preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica.

7. A maior adequação das estruturas físicas e ambientais das UBS e a maior disponibilidade de equipamentos, instrumentais e insumos para a atenção em saúde bucal estará positivamente associada às regiões sul e sudeste e diretamente associadas ao IDH, cobertura de ESF e porte populacional.

8. A melhor organização e processo de trabalho na atenção em saúde bucal estará positivamente associada às regiões sul e sudeste e diretamente associadas ao IDH, cobertura de ESF e porte populacional.

8 METODOLOGIA

O presente projeto trabalhará com dados da Avaliação Externa do PMAQ que, no ano de 2017, foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com 41 Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o País.

8.1 Delineamento

Será realizado um estudo transversal. Este delineamento é útil para a realização de avaliação de serviços de saúde e proporciona uma descrição detalhada das características de estrutura das Unidades Básicas de Saúde e do processo de trabalho de suas equipes.

8.2 População alvo

Equipes de saúde bucal da atenção básica de todo o país.

8.3 Critérios de inclusão

Todas as 23.688 Equipes de Saúde Bucal incluídas no terceiro ciclo do PMAQ-AB.

8.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas as equipes de saúde bucal atuantes em serviços que não eram considerados de Unidades Básicas de Saúde.

8.5 Amostra

O presente estudo irá considerar todas as Equipes de Saúde Bucal pertencentes às UBS que aderiram ao Programa no terceiro ciclo.

8.6 Instrumentos

A Avaliação Externa foi caracterizada pelo levantamento de informações com base em instrumentos formulados pelo DAB em conjunto com as IES e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A coleta dos dados ficou sob a responsabilidade de 41 instituições brasileiras de Ensino Superior, lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal de Sergipe (UFS) e coordenação do Departamento de Atenção Básica. Os instrumentos encontram-se em acesso aberto no sítio do Ministério da Saúde na internet (links).

<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>

<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>

<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>

A aplicação dos instrumentos e condução da logística do trabalho de campo foi padronizada em todo país.

O presente estudo utilizará os dados referentes aos módulos V e VI do terceiro ciclo do PMAQ-AB (Anexo I):

Módulo V: Observação da Unidade de Saúde para a Saúde bucal;

Módulo VI: Entrevista com profissional da ESB e verificação de documentos na Unidade.

8.7 Variáveis

Em relação à estrutura física das unidades, serão examinadas todas as variáveis disponíveis no instrumento do PMAQ-AB para caracterizar ambiência, equipamentos, instrumentais e insumos. Posteriormente será criado um escore para aqueles indicadores que são essenciais para desenvolver as atividades em saúde bucal previstas na Política Nacional de Atenção Básica (2012).

Para cada variável essencial, será estipulada pontuação 0 para resposta “não” e 1 para resposta “sim” e posteriormente será criado um indicador de qualidade da estrutura, composto pela soma dos valores.

A limitação desse indicador composto implica em não permitir uma orientação de políticas públicas, pois o mesmo não aponta aonde se encontra a deficiência do serviço de saúde, ou seja, não orienta qual é a necessidade de intervenção. Por isso a análise descritiva apresentará a informação mais detalhada de quais são as maiores fragilidades dos serviços.

A lista completa das variáveis de estrutura e ambiência apresenta-se no quadro 2, a seguir, de acordo com o instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, terceiro ciclo, observação na Unidade de Saúde para a Saúde Bucal - Módulo V (BRASIL, 2017b).

Variáveis	Categorias
Quantos e como são os consultórios odontológicos existentes nesta unidade de saúde? Quantidade	-Quantidade de Consultório(s) com somente uma cadeira odontológica: -Quantidade de Consultório(s) com mais de uma cadeira odontológica com separação por meio de boxes individuais: -Quantidade de Consultório(s) com mais de uma cadeira odontológica sem separação por meio de boxes individuais:
O(s) consultório(s) odontológico(s) está(ão) localizado(s) dentro da mesma unidade de saúde onde está a equipe de atenção básica?	-Sim -Não
Esta unidade de saúde está funcionando em local provisório?	-Sim -Não
Sobre as características estruturais e a ambiência, observar se TODOS os consultórios odontológicos:	-Dispõem de boa ventilação ou climatização -Apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial) -Possuem piso e paredes com superfícies lisas e laváveis -Possuem ambientes em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando,

	<p>por exemplo, protegido dos ruídos do compressor</p> <p>-Permite privacidade ao usuário</p> <p>-Nenhuma das anteriores</p>
Sobre a rede hidráulica e sanitária, observar a presença de:	<p>-Mofo próximo à(s) pia(s)</p> <p>-Torneira(s) sem sair água</p> <p>-Torneira(s) pingando</p> <p>-Torneira(s) com acionamento automático com defeito</p> <p>-Pia entupida</p> <p>-Pia interditada</p> <p>-Cheiro de esgoto</p> <p>-Falta de água</p> <p>-Nenhuma das anteriores</p>
Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	<p>-Fios expostos, soltos ou desencapados</p> <p>-Tubulação de plástico por fora da parede</p> <p>-Nenhuma das anteriores</p>
Quantos amalgamadores em condições de uso?	Quantidade
Quantos ares-condicionados em condições de uso?	Quantidade
Quantas autoclaves em condições de uso?	<p>-De uso exclusivo da ESB</p> <p>-De uso compartilhado na unidade</p>
Quantas cadeiras odontológicas em condições de uso?	Quantidade
Quantos carts odontológicos/equipos em condições de uso?	Quantidade
Quantas canetas de alta rotação em condições de uso?	Quantidade
Quantas canetas de baixa rotação em condições de uso?	Quantidade
Quantos compressores em condições de uso?	<p>-De ar com válvula de segurança</p> <p>-Elétrico</p>
Quantas cuspeiras em condições de uso?	Quantidade

Quantos fotopolimerizadores em condições de uso?	Quantidade
Quantos jatos de bicarbonato em condições de uso?	Quantidade
Quantos macromodelos da arcada dentária e macroescova dental em condições de uso?	Quantidade
Quantas mesas vibratórias para gesso em condições de uso?	Quantidade
Quantos mochos em condições de uso?	Quantidade
Quantos refletores em condições de uso?	Quantidade
Quantas seladoras em condições de uso?	Quantidade
Quantos sugadores (mangueiras) em condições de uso?	Quantidade
Quantas torneiras com acionamento sem contato com as mãos em condições de uso?	Quantidade
Quantos aparelhos de ultrassom em condições de uso?	Quantidade
Quantos negatoscópios em condições de uso?	Quantidade
Quantos aparelhos de RX odontológico em condições de uso?	-Convencional -Digital
Quantos aventais de chumbo com protetor de tireóide em condições de uso?	Quantidade
Quantas câmaras escuras (caixas de revelação) em condições de uso?	Quantidade
Colgaduras em condições de uso?	-Sim -Não
Filme radiográfico sempre disponível?	-Sim -Não
Fixador para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	-Sim -Não
Revelador para processamento de filme radiográfico em	-Sim -Não

condições de uso?	
Outro dispositivo para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	-Sim -Não
Alicate de corte de fio sempre disponível?	-Sim -Não
Alicate ortodôntico sempre disponível?	-Sim -Não
Espátula de cera nº 7 sempre disponível?	-Sim -Não
Espátula de cimento sempre disponível?	-Sim -Não
Espátula lecron sempre disponível?	-Sim -Não
Espátula para gesso e alginato sempre disponível?	-Sim -Não
Gral de borracha sempre disponível?	-Sim -Não
Jogo clínico (pinça clínica, sonda exploradora e espelho clínico) sempre disponível?	-Sim -Não
Lamparina sempre disponível?	-Sim -Não
Moldeira sempre disponível?	-Sim -Não
Placa de vidro sempre disponível?	-Sim -Não
Seringa carpule sempre disponível?	-Sim -Não
Sonda milimetrada sempre disponível?	-Sim -Não
Afastador cirúrgico sempre disponível?	-Sim -Não
Alavanca reta sempre disponível?	-Sim -Não
Alveólotoo sempre disponível?	-Sim -Não
Cabo para bisturi sempre disponível?	-Sim

	-Não
Cureta cirúrgica alveolar sempre disponível?	-Sim -Não
Fórceps adulto sempre disponível?	-Sim -Não
Fórceps infantil sempre disponível?	-Sim -Não
Lima óssea sempre disponível?	-Sim -Não
Porta-agulha sempre disponível?	-Sim -Não
Sindesmótomo sempre disponível?	-Sim -Não
Sugador cirúrgico sempre disponível?	-Sim -Não
Tesoura cirúrgica sempre disponível?	-Sim -Não
Aplicador de hidróxido de cálcio sempre disponível?	-Sim -Não
Brunidor sempre disponível?	-Sim -Não
Condensador sempre disponível?	-Sim -Não
Escavador/colher de dentina sempre disponível?	-Sim -Não
Esculpidor sempre disponível?	-Sim -Não
Espátula de inserção de resina sempre disponível?	-Sim -Não
Porta-amálgama sempre disponível?	-Sim -Não
Porta-matriz sempre disponível?	-Sim -Não
Recortador de margem gengival sempre disponível?	-Sim -Não
Cânula para aspiração endodôntica sempre disponível?	-Sim -Não

Lima endodôntica sempre disponível?	-Sim -Não
Cureta periodontal sempre disponível?	-Sim -Não
Pedra de afiar curetas periodontais sempre disponível?	-Sim -Não
Álcool (etanol) 70º em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Alginato em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Anestésico com vasoconstritor em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Anestésico tópico em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Brocas de alta rotação em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Brocas de baixa rotação em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cera nº 7 em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cimento de ionômero de vidro convencional ou modificado por resina em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cimento de óxido de zinco e eugenol em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cimento para cimentação provisória em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Creme dental em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Escova dental em quantidade suficiente?	-Sim -Não

Fio de sutura em quantidade suficiente (fio e agulha)?	-Sim -Não
Fio dental em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Flúor gel em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Gesso em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Lâmina de bisturi em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Pontas diamantadas em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Ponteira descartável para sugador em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Rolo de algodão em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Seringa descartável para irrigação em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Amálgama - preparo manual em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Amálgama em cápsulas pré-dosadas em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cunha em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Dentes de estoque em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Fio ortodôntico em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Fresa metálica em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Material para acabamento e polimento de prótese (lixa e/ou fresas) em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Matriz de poliéster em quantidade suficiente?	-Sim

	-Não
Matriz metálica em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Microbrush em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Papel articular/papel carbono em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Resina acrílica em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Selantes em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Sistema adesivo (ácido + primer + adesivo ou ácido + primer/adesivo ou primer autocondicionante + adesivo ou não presente) em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Tira de lixa de poliéster em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Tira de lixa metálica em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Cimento cirúrgico em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Medicação intracanal para polpa viva e polpa necrosada em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Ponta de papel absorvente em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Solução para irrigação intracanal em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Teste de sensibilidade pulpar (frio) em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Caixa de descarte para material perfurocortante em quantidade suficiente?	-Sim -Não

Fita indicadora para autoclave em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Luva de borracha para limpeza de instrumental em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Material para embalar instrumental para esterilização (TNT, SMS ou papel grau cirúrgico) em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Óculos em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Recipiente para descarte de amálgama em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Recipiente para descarte de lâmina de chumbo em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Toucas em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Luvras em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Gazes em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Máscaras em quantidade suficiente?	-Sim -Não
Com qual frequência a ficha clínica odontológica fica disponível (Prontuário Clínico)?	-Sempre disponível -Às vezes disponível -Nunca disponível -O prontuário é eletrônico
Com qual frequência estão disponíveis impressos para educação em saúde?	-Sempre disponível -Às vezes disponível -Nunca disponível

Quadro 2. Características estruturais e de ambiência das Unidades de Saúde para a saúde bucal.

Para a avaliação do processo de trabalho da atenção à saúde bucal na APS brasileira, serão selecionadas variáveis relativas a territorialização, planejamento, acompanhamento e avaliação; apoio matricial às ESB; organização dos prontuários, da agenda e da oferta das ações em equipe; e atenção ao câncer de boca.

Posteriormente será criado um escore para aqueles indicadores que são essenciais para desenvolver as atividades em saúde bucal previstas na Política Nacional de Atenção Básica (2012).

Para cada variável essencial, será estipulada pontuação 0 para resposta “não” e 1 para resposta “sim” e posteriormente será criado um indicador de qualidade da estrutura, composto pela soma dos valores.

A lista completa das variáveis relativas ao processo de trabalho da atenção à saúde bucal apresenta-se no quadro 3, a seguir, de acordo com o instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, terceiro ciclo, observação na Unidade de Saúde para a Saúde Bucal - Módulo V (BRASIL, 2017b).

Variáveis	Categorias
Na rotina de trabalho, a Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?	Quantidade
Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de Saúde Bucal são atendidas?	-Todos os dias da semana -Alguns dias da semana -Nenhum dia da semana
A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não

A equipe participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	-Sim -Não
Qual o instrumento utilizado?	-AMQ impresso -AMQ eletrônico -AMQ -Instrumento desenvolvido pelo município/equipe -Instrumento desenvolvido pelo Estado -Outro instrumento de avaliação
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?	-Sim -Não
De quais núcleos profissionais?	-Do CEO -De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO)

	<ul style="list-style-type: none"> -Do NASF -Do CAPS -Da vigilância em saúde -Outros
Indique em qual(is) especialidade(s) odontológica(s) a equipe de Saúde Bucal recebe apoio na UBS para a resolução de casos mais complexos:	<ul style="list-style-type: none"> -Cirurgia Oral -Endodontia -Periodontia -Estomatologia -Radiologia -Ortodontia -Implantodontia -Odontopediatria -Outros
Como são registradas as informações de saúde?	<ul style="list-style-type: none"> -Fichas em papel -Prontuário eletrônico (Estratégico)
Qual o tipo de prontuário?	<ul style="list-style-type: none"> -Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB -Prontuário Eletrônico Próprio
Existe documento que comprove?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim, para todos da equipe -Sim, para alguns da equipe -Não
Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim, para todos da equipe -Sim, para alguns da equipe -Não
Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
Quais canais são utilizados?	<ul style="list-style-type: none"> -Colegas de trabalho -Materiais de apoio

	<p>disponibilizados pelo Ministério da Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gestão municipal -Telessaúde -Disque Saúde 136 -Outros
Sobre o registro clínico orientado a problemas (RCOP) e suas funcionalidades disponíveis no prontuário eletrônico, quais itens sua equipe utiliza?	<ul style="list-style-type: none"> -Folha de Rosto -Anotações SOAP - Subjetivo -Anotações SOAP - Objetivo -Anotações SOAP - Avaliação -Anotações SOAP - Plano -Lista de problemas -Antecedentes
A ficha clínica odontológica compõe o prontuário do usuário?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
Existe documento que comprove?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
Existe reserva de vagas na agenda da Equipe de Saúde Bucal ou um horário de fácil acesso ao profissional para que:	<ul style="list-style-type: none"> -O usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? -O usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação? -Nenhuma das anteriores
O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	<ul style="list-style-type: none"> -Atendimento agendado/ programado -Atendimento de demanda espontânea
No atendimento à demanda espontânea, a Equipe de Saúde Bucal realiza:	<ul style="list-style-type: none"> -Atendimento de urgência (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, acesso à polpa dentária, pulpotomia, tratamento de alveolite,

	<p>tratamento inicial de dente traumatizado, outros)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prescrição de receitas de medicamentos -Orientação -Nenhuma das anteriores
<p>No atendimento clínico, a Equipe de Saúde Bucal realiza:</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicação de selante ionomérico -Aplicação tópica de flúor -Exodontia de dente decíduo -Exodontia de dente permanente -Ulotomia/ Ulectomia -Raspagem, alisamento e polimento supragengival -Raspagem, alisamento e polimento subgengival -Restaurações dentárias de amálgama -Restaurações dentárias de resina -Restaurações dentárias de ionômero -Moldagem para prótese -Instalação de prótese -Cimentação de prótese -Nenhuma das anteriores
<p>No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Escuta a queixa do usuário -Avalia a necessidade de saúde do usuário (Geral) -Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno (Geral) -Realiza atendimento clínico (Geral) -Encaminha o usuário para outro serviço -Não realiza acolhimento

<p>Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?</p>	<p>-Sim -Não</p>
<p>A Equipe de Saúde Bucal utiliza protocolos/critérios para conduta no acolhimento?</p>	<p>-Sim -Não</p>
<p>Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?</p>	<p>-O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha -O usuário é atendido por ordem de chegada -A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (Geral) -Outros</p>
<p>Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?</p>	<p>-Sim -Não</p>
<p>Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?</p>	<p>-Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais -No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal -Pelo Agente Comunitário -Outros</p>
<p>Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?</p>	<p>-A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior -A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário -A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)</p>

	<p>-É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)</p> <p>-No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento</p> <p>-Outro(a)</p>
A Equipe de Saúde Bucal possui Técnico em Saúde Bucal?	<p>-Sim</p> <p>-Não</p>
Quais as ações que o Técnico em Saúde Bucal realiza?	<p>-Visitas domiciliares</p> <p>-Acolhimento</p> <p>-Inserção e distribuição de materiais odontológicos no preparo cavitário de restaurações dentárias diretas</p> <p>-Remoção do biofilme</p> <p>-Tomadas radiográficas</p> <p>-Limpeza e antisepsia do campo operatório</p> <p>-Nenhuma das Anteriores</p>
A equipe possui Auxiliar em Saúde Bucal?	<p>-Sim</p> <p>-Não</p>
Quais as ações que o Auxiliar em Saúde Bucal realiza?	<p>-Visitas domiciliares</p> <p>-Acolhimento</p> <p>-Limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho</p> <p>-Processamento do filme radiográfico</p> <p>-Seleção de moldeiras</p> <p>-Preparo de modelos em gesso</p> <p>-Nenhuma das anteriores</p>
Existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários	<p>-Sim</p> <p>-Não</p>

em que a equipe de saúde bucal não trabalha?	
Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?	-Sim -Não
A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?	-Sim -Não
O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?	-Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?	-Sim -Não
Existe documento que comprove?	-Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?	-Sim -Não
Quais ações são realizadas?	-Orientação sobre o uso do tabaco -Orientação sobre o uso do álcool e outras drogas -Orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar

	<ul style="list-style-type: none"> -Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade -Exame sistemático das mucosas orais -Outras
A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal possui laboratório de referência para exames histopatológicos?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não -A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca
Existe documento que comprove?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal monitora os pacientes submetidos à biópsia para avaliação do resultado do exame?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
Existe documento que comprove?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não
Após a referência do usuário para o tratamento, a Equipe de Saúde Bucal acompanha e monitora a continuidade do cuidado?	<ul style="list-style-type: none"> -Sim -Não

A rede de atenção à saúde disponibiliza próteses de maxila e/ou mandíbula para os pacientes submetidos à remoção cirúrgica dos maxilares?	-Sim -Não -Não sabe informar
---	------------------------------------

Quadro 3. Características do processo de trabalho das Unidades de Saúde para a saúde bucal.

8.7.1 Variáveis de exposição

As variáveis referentes aos municípios serão definidas de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para as macrorregiões brasileiras e a cobertura populacional; de acordo com os pontos de corte do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), para o IDH - classificado em muito baixo (0 a 0,499), baixo (0,500 a 0,599), médio (0,600 a 0,699), alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1,0); e de acordo com o Ministério da Saúde (MS), para a cobertura de ESF e o modelo de atenção.

CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS		
Variável	Tipo	Operacionalização
Região	Categórica nominal	Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste; Sul
IDH	Numérica discreta	0,0 a 1,0
Porte populacional	Categórica ordinal	Até 10.000; 10.001 – 30.000; 30.001–100.000; 100.001 - 300.000; mais de 300.000
Cobertura de ESF	Categórica ordinal	Até 50%; 50,1% - 75%; 75,1 – 100%
Modelo de atenção	Categórica dicotômica	Tradicional ou ESF

Quadro 4. Definição operacional das variáveis de exposição.

8.8 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Através de edital público, o Programa selecionou os entrevistadores considerando capacidade para manusear computadores e dispositivos

eletrônicos; disponibilidade de tempo integral para aplicar os questionários e viajar aos locais necessários para tal; boa capacidade de comunicação e experiência em coleta de dados e possuir ensino médio completo. Coube às IES a responsabilidade por selecionar e capacitar as equipes de trabalho de campo. Nessa etapa, os entrevistadores aplicaram *in loco* os instrumentos de Avaliação Externa com os profissionais das equipes e usuários.

Os entrevistadores foram treinados, tanto no conhecimento do instrumento de coleta de dados quanto no manejo do tablet e foram informados sobre conceitos gerais da pesquisa, diretrizes, cenários e objetivos do PMAQ-AB. Também foram instruídos sobre como abordar os entrevistados e também sobre aspectos éticos. Por fim, foram informados sobre as suas atribuições, tipo de contrato e remuneração.

8.9 Logística

A distribuição dos municípios no território foi conhecida após o término da fase de adesão ao PMAQ-AB. Após o mapeamento das rotas intermunicipais e da área de abrangência de cada município e de seu planejamento operacional, iniciou-se a formalização do envio das equipes de supervisores e entrevistadores para a realização da coleta de dados nas UBS.

Cada IES responsável definiu as rotas de deslocamento das equipes e organizou os deslocamentos intermunicipais. Foram previstos deslocamentos por via aérea, fluvial e terrestre, o número de unidades de saúde e as equipes de saúde a serem avaliadas e o número aproximado de dias de permanência em cada município, levando em consideração o tempo de deslocamento entre as unidades básicas, por meio da distância para as unidades situadas em áreas remotas (zonas rurais dos municípios, regiões de fronteiras, terras indígenas).

Foram realizadas reuniões entre a coordenação estadual da avaliação externa e representantes da gestão das Secretarias Estaduais de Saúde e também oficinas de trabalho com técnicos do nível central e regionais de saúde para a definição das atividades do instrumento de avaliação.

Os supervisores, em planejamento com os entrevistadores de campo, organizaram a agenda de visitas e acertaram a logística desse trabalho (transporte, alimentação, hospedagem...).

8.10 Estudo piloto

Em todos os ciclos, foi realizado um estudo piloto para testagem dos instrumentos, conduzido pelo DAB no Distrito Federal.

8.11 Coleta dos dados

Este estudo utiliza dados da avaliação externa do PMAQ-AB, referente ao ciclo 3, que teve o trabalho de campo realizado em 2017/2018.

A coleta de dados envolveu aproximadamente 1000 pessoas entre coordenadores, supervisores e entrevistadores. As equipes eram compostas, em média, por cinco entrevistadores, treinados especificamente para esta pesquisa, com um dos membros exercendo o papel de supervisor. Os dados foram coletados em tablets e enviados automaticamente para o servidor central do MS. A checagem de consistência entre as respostas e controle de tempo de duração da entrevista foi realizada por um validador automático do instrumento.

8.12 Controle de qualidade

O controle de qualidade dos dados foi feito por meio de supervisão do processo de coleta pelo supervisor da equipe, além da utilização de um validador eletrônico e checagem da consistência de cada pergunta.

8.13 Análise dos dados

Quanto à estrutura da atenção primária à saúde bucal, será realizada a descrição da ambiência e da disponibilidade de cada equipamento, instrumental e insumo, bem como do somatório que consiste no indicador de qualidade da estrutura. Também será realizada a análise bivariada examinando a associação de região, porte populacional, IDH, cobertura de ESF e modelo de atenção com a qualidade da estrutura, através do teste qui-quadrado de Pearson.

Quanto ao processo de trabalho das ESB, será realizada a descrição da territorialização, do planejamento, acompanhamento e avaliação; do apoio matricial às ESB; da organização dos prontuários, da agenda e da oferta das ações em equipe; e da atenção ao câncer de boca, bem como do somatório que consiste no indicador de qualidade do processo de trabalho. Será realizada, também, a análise bivariada examinando a associação de região, porte

populacional, IDH, cobertura de ESF e modelo de atenção com a qualidade do processo de trabalho, através do teste qui-quadrado de Pearson.

Para ajuste de potenciais fatores de confusão, será realizada análise multivariável, utilizando a técnica de regressão de Poisson. Serão mantidas no modelo todas as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,2. Para todas as análises, será considerado um nível de significância de 5%.

8.14 Aspectos éticos

O terceiro ciclo do PMAQ-AB foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas recebendo parecer favorável número 2.453.320 em 27 de dezembro de 2017. Todos os profissionais foram informados sobre o tema da pesquisa e convidados a participar, garantindo o direito à recusa e o uso das informações prestadas de forma a não identificar o respondente. Os profissionais que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de conceder a entrevista.

9 CRONOGRAMA

Atividade	Ano							
	2021		2022		2023		2024	
	Semestre							
	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°
Definição do tema	X	X						
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X		
Submissão do plano de trabalho	X							
Elaboração do projeto		X	X	X				
Defesa do projeto				X				
Qualificação				X				
Análise de dados					X	X		
Redação dos artigos						X		
Finalização da tese							X	X
Defesa da tese								X

Quadro 5. Cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante o doutorado.

10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados desta investigação será feita através do volume de tese para obtenção da titulação de doutora em Epidemiologia e também através da publicação de artigos em revistas científicas da área.

11 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

A realização da Avaliação Externa é financiada pelo Ministério da Saúde, que arca com o custo do trabalho de campo da equipe (coordenadores, supervisores e entrevistadores), além das despesas com equipamentos, alimentação e transporte intermunicipal previstas nos Termos de Execução Descentralizada (TED) firmados entre o MS e as IES.

O PMAQ foi executado pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde. Para a coleta liderada pela UFPel, foi estimado orçamento referente à avaliação externa das UBS do Maranhão (MA), Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS), Goiás (GO) e Distrito Federal (DF). Nas estimativas de custos do trabalho de campo foram incluídas todas as atividades de infraestrutura e apoio logístico (bolsas dos entrevistadores, transporte interurbano, hospedagem e alimentação), sob responsabilidade do Consórcio UFPel. Ainda assim, contou-se com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde para transporte urbano e outras facilidades.

A aluna de Doutorado Clarissa Fialho Hartmann recebe bolsa de Doutorado financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

REFERÊNCIAS

- ALDOSARI, M.A.; TAVARES, M.A.; MATTA-MACHADO, A.T.G.; ABREU, M.H.N.G. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. **PLoS ONE**, v.12, n.e0187993, 2017.
- AMORIM, L.P. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil: estrutura, processo e resultado. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.
- ARRAIS, M.G.S.; RONCALLI, A.G.; ROSENDO, T.S. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n.e310203, 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Brasileira. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. NBR 9050. 2020.
- BALDANI, M.H.; RIBEIRO, A.E.; GONÇALVES, J.R.S.N.; DITTERICH, R.G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v.42, p145-162, 2018.
- BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A Utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol Serv Saúde**, v.12, n.1, p. 41-51, 2003.
- BASTOS, L.F.; HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; CARDOZO, D.D.; BULGARELLI, A.F.; SANTOS, C.M. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. **Braz Oral Res**, v.33, n.e018, 2019.
- BAUMGARTEN, A.; DA VEIGA, R.S.; BULGARELLI, P.T.; DIESEL, V.M.; BULGARELLI, A.F. Perceptions of primary health care service users regarding dental team practices in Brazil. **Primary Health Care Research & Development**, v.19, p. 309–315, 2019.
- BAUMGARTEN, A.; HUGO, F.N.; BULGARELLI, A.F.; HILGERT, J.B. Curative procedures of oral health and structural characteristics of primary dental care. **Rev Saúde Pública**, p: 32-35, 2018.
- BIAZEVIC, M.G.H., et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.10, 2006.
- BORDIN, D; FADEL, C.B; MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.151-160, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, DF: 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2002. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília,DF: 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, DF: 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. Saúde da Família**. Brasília/DF: 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**. Brasília, DF: 2008b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília, DF:2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010: resultados principais**. Brasília,DF: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, DF: 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente**. Brasília, DF: 2016a.

BRASIL. NOTA TÉCNICA: Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento De Avaliação Externa Do Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade** - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – Brasília, DF: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da

Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Anvisa. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

BRASIL, Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Nota Orientadora para a Atenção Primária à Saúde nos casos de pós-COVID-19**. Porto Alegre-RS, 2021.

BULGARELI, J.; CORTELLAZZI, K.L.; AMBROSANO, G.M.B.; MENEGHIM, M.C.; FARIA, E.T.; MIALHE, F.L.; PEREIRA, A.C. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 383-391, 2014.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, F.A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.9, 2006.

CARDOZO, D.D.; HILGERT, J.B.; STEIN, C.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E.; HUGO, F.N. Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.36, n.e00004219, 2020.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P.C.; FONSECA, A.B.M.; BORGES, P.K.O.; BALDANI, M.H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v.38, p.140-157, 2014.

CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.M.F.L.; REIS, C.S., et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde debate**, v.42, p.76-91, 2018.

CRUZ, D.B.; GABARDO, M.C.L.; DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.J.; NASCIMENTO, A.C. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v.12, n.2, p. 168-175, 2009.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.30, n. 260(12), p.1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud Pública Mex**, v.35, n.1, p.94-97, 1993.

ELY, H.C.; ABEGG, C.; CELESTE, R.K.; PATTUSSI, M.P. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1607-1616, 2016.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: uma análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo, Oikos, 2021.

FACCHINI, L.A.; THUMÉ, E.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FASSA, A. G.; GARCIA, L. P.; TOMASI, E. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Lee L, Governing health systems for nations and communities around the world. 1º ed. Boston: 203-236. 2015.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V., et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological assessment of primary health care. **Cienc Saúde Colet**, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

FAGUNDES, D.M.; THOMAZ, E.B.A.F.; QUEIROZ, R.C.S., et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cad Saúde Pública**, v.34, n.e00049817, 2018.

FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SEIDI, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v.38, p.13-33, 2014.

FERNANDES, J.K.B.; PINHO, J.R.O.; QUEIROZ, R.C.S.; THOMAZ, E.B.A.F. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.e00021115, 2016.

FILGUEIRA, A.A.; RONCALLI, A.G. Proporção de exodontia e fatores relacionados: um estudo ecológico. **SANARE**, v.17, n.2, p.30-39, 2018.

FILHO, A.D.S; MOYSÉS, S.J.; KUSMA, S.Z.; MOYSÉS, S.T. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.19, n.4, p.851-865, 2016.

FRANKLIN, A.; SOUSA, M.F. Construção cotidiana - Saúde da Família na prática: os princípios na visão de quem faz. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v.2, n.2, p.07-29, 2001.

FREIRE, D.E.W.G.; FREIRE, A.R.; LUCENA, E.H.G.; CAVALCANTI, Y.W. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiol Serv Saude**, v.30, n.e2020444, 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde Debate**, 2018.

GONÇALVES, A.J.G.; PEREIRA, P.H.S.; MONTEIRO, V.; SILVA-JUNIOR, M.F.; BALDANI, M.H. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. **Saúde Debate**, v.44, n.126, p.725-738, 2020.

GONÇALVES, K.F.; GIORDANI, J.M.A.; BIDINOTTO, A.B.; FERLA, A.A.; MARTINS, A.B.; HILGERT, J.B. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p.519-532, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro,RJ: 2011.

JÚNIOR, O.L.A.; FAGUNDES, M.L.B.; MENEGAZZO, G.R.; TÔRRES, L.H.N.; GIORDANI, J.M.A. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. **Tempus, actas de saúde colet**, v.14, n.1, p.143-159, 2020.

LOPES, J.; PALMIER, A.C.; WERNECK, M.A.F.; MATTA-MACHADO, A.T.G.; ABREU, M.H.N.G. A Survey About Dental Instruments at the Primary Health Care in Brazil. **Brazilian Dental Journal**, v.29, n.5, p.500-506, 2018.

MACHADO, C.V.; DE LIMA, L.D.; DA SILVA VIANA, L. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, p.42-S57, 2008.

MACINKO, J.; HARRIS, M.J.; DPHIL, M.B.B.S.; ROCHA, M.G. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Primária (PMAQ) do Brasil. **Journal of Ambulatory Care Management**, v.40, p.4-11, 2017.

MENDES, S.R.; MARTINS, R.C.; MATTA-MACHADO, A.T.G; MATTOS, G.C.M.; GALLAGHER, J.E.; ABREU, M.H.N.G. Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.14, 2017.

MIRANDA, M.M.A.; CASTRO-SILVA, I.I.; MARTINS, P.; MACIEL, J.A.C. Atributos da atenção primária à saúde e fatores associados na perspectiva de cirurgiões dentistas. **Rev Bras Promoç Saude**, v.34, 2021.

MOTA, H. O que é IDH?; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-idh.htm>. Acesso em 15 de abril de 2022.

NARVAI, P. C., FRAZÃO, P., & CASTELLANOS, R. A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e sociedade**, v.1 n.1, p. 25-29, 1999.

NARVAI, P.C.; ALMEIDA, E.S. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.3, 1998.

NARVAI, P.C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus, actas de saúde colet**, v.14, n.1, p.175-187, 2020.

NARVAI, P.C. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

NASCIMENTO, A.C.; MOYSÉS, S.T.; WERNECK, R.I.; GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.J. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **BMJ Open**, n.e023283, 2019.

NEVES, M.; GIORDANI, J.M.A.; FERLA, A.A.; HUGO, F.N. Primary Care Dentistry in Brazil From Prevention to Comprehensive Care. **Journal of Ambulatory Care Management**, v.40, n.2, p.35-48, 2017.

NEVES, M.; GIORDANI, J.M.A.; HUGO, F.N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p.1809-1820, 2019.

NEVES, T.C.C.L.; MONTENEGRO, L.A.A.; BITTENCOURT, S.D.A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v.38, n.103, p.756-770, 2014.

NEVES, R.G, et al. Structure of primary healthcare units for treating persons with diabetes: Cycles I and II of the Brazilian National Program to Improve Access and Quality. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.4, 2018.

OLIVEIRA, A. G. R. C., et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.1, n.2, 1998.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Inovação na Gestão. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

Organização Mundial da Saúde. Componentes principais para programas de prevenção e controle de infecções {Internet}. 26 de junho de 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16342e/s16342e.pdf>

- PAIM J., et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-1797, 2011.
- PINHO, J.R.O.; SOUZA, T.C.; VILAS BÔAS, M.D.; MARQUES, C.P.C.; NEVES, P.A.M. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.69, n.1, p.80-85, 2015.
- PINTO, V. G. Saúde bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.17, p. 316-27, 1983.
- PINTO, VG. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, Cap. 5, p.181-186, 2000.
- PNUD. IPEA. FJP. O índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Série atlas do desenvolvimento humano no Brasil – 2013.
- PUCCA JUNIOR, G.A.; COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SIVESTRE, R.M. Oral Health Policies in Brazil. **Braz Oral Res**, v.23, n.1, p.9-16, 2009.
- REIS, C.M.; MATTA-MACHADO, A.T.; AMARAL, J.H.; WERNECK, M.A.; ABREU, M.H. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. **Int J Environ Res Public Health**, v.12, n.1, p.667-678, 2015.
- REIS, C.M.R.; MAMBRINI, J.V.M.; MATTA-MACHADO, A.T.G.; AMARAL, J.H.L.; WERNECK, M.A.F.; ABREU, M.H.N.G. Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. **Journal of Public Health Dentistry**, 2017.
- REIS, C.M.R.; MATTA-MACHADO, A.T.G.; AMARAL, J.H.L.; MAMBRINI, J.V.M.; WERNECK, M.A.F.; ABREU, M.H.N.G. Understanding oral health care team performance in primary care: A mixedmethod study. **Plos One**, v.14, n.e0217738, 2019.
- RIBEIRO, A.G.A.; MARTINS, R.F.M.; VISSOCI, J.R.N.; SILVA, N.C.; ROCHA, T.A.H.; QUEIROZ, R.C.S.; TONELLO, A.S.; STATON, C.A.; FACCHINI, L.A.; THOMAZ, E.B.A.F. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. **Plos One**, v.16, n.e0247101, 2021.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.
- SANTOS, N.M.L.; HUGO, F.N. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.12, p.4319-4329, 2018.
- SANTOS, T.P.; MACHADO, A.T.G.M.; ABREU, M.H.N.G.; MARTINS, R.C. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. **Plos One**, 2019.
- SCALZO, M.T.A.; MATTA-MACHADO, A.T.G.; ABREU, M.H.N.G., MARTINS, R.C. Structural characteristics of oral health services in Brazilian Primary Health Care. **Braz Oral Res**, v.35, n.e023, 2021.
- SILVA, D.R.B.; LUCENA, C.D.R.X.; CRUZ, D.F., et al. Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. **REFACS** (online). 2018
- SILVESTRE, J.A.C.; AGUIAR, A.S.W.; TEIXEIRA, E.H. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, v.7, n.2, p.28-39, 2013.
- SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S.; CHAVES, S.C.; ROSSI, T.R.A.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N. O movimento da saúde bucal coletiva no Brasil. **Cienc & Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p.1805–16, 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: 2002.

TOMASI, E., et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Evolução histórica das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. Windows Media Player (2008).

VIANA, I.B.; MARTELLI, P.J.L.; PIMENTEL, F.C. Análise da evolução das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco no período de 2001 a 2009. **Int J Dent**, v.10, n.4, p. 242-248, 2011.

VIANA, I.B.; MOREIRA, R.S.; MARTELLI, P.J.L.; OLIVEIRA, A.L.S.; MONTEIRO, I.S. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Epidemiol Serv Saude**, v. 28, n.e2018060, 2019.

WILLEMANN, M.C.A.; MEDEIROS, J.M.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiol Serv Saúde**, v.28, n.3, 2019.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo –

Módulo V- Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal

Neste módulo, o entrevistador deverá ser acompanhado por um **profissional da Equipe de Saúde Bucal** (cirurgião-dentista ou auxiliar ou técnico em saúde bucal) que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos para atenção odontológica presentes na Unidade de Saúde.

V.1 - Identificação Geral		
V.1.1	Número do supervisor:	
V.1.2	Número do entrevistador:	
V.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
V.2.1	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
V.2.2	Endereço:	
V.2.3	Telefone (DDD) + 9 dígitos	(_) _____ - _____ Não existe telefone
V.3 - Identificação da Modalidade e dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica		
V.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
		Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde
		Unidade Mista
		Outro(s)
V.3.2	Quantas Equipes de Saúde Bucal existem nesta unidade de saúde (por modalidade)?	Equipe de Saúde Bucal modalidade I
		Equipe de Saúde Bucal modalidade II
		Equipe de Saúde Bucal parametrizada
V.4 - Horário de Funcionamento		
V.4.1	Há horário fixo de funcionamento da unidade?	Sim
		Não
V.4.2	Esta unidade funciona quais dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)? * *Funcionar a noite e aos finais de semana pontuará na	Segunda
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Terça
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Quarta
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Quinta
Em que horário abre?		
Em que horário fecha?		

	certificação	Sexta
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Sábado
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Domingo
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
V.4.3 - Geral	Esta equipe de saúde bucal tem suas atividades no	Sim, todas as atividades

	horário do almoço?	Sim, algumas atividades
		Não, nenhuma das atividades
V.5 - Características Estruturais e Ambiência		
V.5.1	Quantos e como são os consultórios odontológicos existentes nesta unidade de saúde?	Quantidade de Consultório(s) com somente uma cadeira odontológica:
		Quantidade de Consultório(s) com mais de uma cadeira odontológica com separação por meio de boxes individuais:
		Quantidade de Consultório(s) com mais de uma cadeira odontológica sem separação por meio de boxes individuais:
V.5.2	O(s) consultório(s) odontológico(s) está(ão) localizado(s) dentro da mesma unidade de saúde onde está a equipe de atenção básica?	Sim
		Não
V.5.3	Esta unidade de saúde está funcionando em local provisório?	Sim
		Não
V.5.4	Sobre as características estruturais e a ambiência, observar se TODOS os consultórios odontológicos:	Dispõem de boa ventilação ou climatização
		Apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)
		Possuem piso e paredes com superfícies lisas e laváveis
		Possuem ambientes em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor
		Permitem privacidade ao usuário
		Nenhuma das anteriores
V.5.5 - Geral	Sobre a rede hidráulica e sanitária, observar a presença de:	Mofo próximo à(s) pia(s)
		Torneira(s) sem sair água
		Torneira(s) pingando
		Torneira(s) com acionamento automático com defeito
		Pia entupida
		Pia interditada
		Cheiro de esgoto
		Falta de água
		Nenhuma das anteriores
V.5.6 - Geral	Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	Fios expostos, soltos ou desencapados
		Tubulação de plástico por fora da parede
		Nenhuma das anteriores
V.6 - Equipamentos em condições de uso		
V.6.1 - Geral	Quantos amalgamadores em condições de uso?	Quantidade
V.6.2 - Geral	Quantos ares-condicionados em condições de uso?	Quantidade
		De uso exclusivo da ESB

V.6.3 - Essencial	Quantas autoclaves em condições de uso?	De uso compartilhado na unidade
----------------------	---	------------------------------------

V.6.4 - Obrigatório	Quantas cadeiras odontológicas em condições de uso?	Quantidade
V.6.5 - Geral	Quantos carts odontológicos/equipos em condições de uso?	Quantidade
V.6.6 - Essencial	Quantas canetas de alta rotação em condições de uso?	Quantidade
V.6.7 - Essencial	Quantas canetas de baixa rotação em condições de uso?	Quantidade
V.6.8 - Essencial	Quantos compressores em condições de uso?	De ar com válvula de segurança
		Elétrico
V.6.9 - Essencial	Quantas cuspidadeiras em condições de uso?	Quantidade
V.6.10 - Geral	Quantos fotopolimerizadores em condições de uso?	Quantidade
V.6.11 - Geral	Quantos jatos de bicarbonato em condições de uso?	Quantidade
V.6.12 - Geral	Quantos macromodelos da arcada dentária e macroescova dental em condições de uso?	Quantidade
V.6.13 - Geral	Quantas mesas vibratórias para gesso em condições de uso?	Quantidade
V.6.14 - Essencial	Quantos mochos em condições de uso?	Quantidade
V.6.15 - Essencial	Quantos refletores em condições de uso?	Quantidade
V.6.16 - Geral	Quantas seladoras em condições de uso?	Quantidade
V.6.17 - Essencial	Quantos sugadores (mangueiras) em condições de uso?	Quantidade
V.6.18 - Geral	Quantas torneiras com acionamento sem contato com as mãos em condições de uso?	Quantidade
V.6.19 - Geral	Quantos aparelhos de ultrassom em condições de uso?	Quantidade
V.7 - Equipamentos e Insumos Relacionados à Radiografia Odontológica		
V.7.1 - Geral	Quantos negatoscópios em condições de uso?	Quantidade
V.7.2 - Estratégico	Quantos aparelhos de RX odontológico em condições de uso?	Convencional
		Digital
V.7.3 - Estratégico	Quantos aventais de chumbo com protetor de tireoide em condições de uso?	Quantidade
V.7.4 - Estratégico	Quantas câmaras escuras (caixas de revelação) em condições de uso?	Quantidade
V.7.5 - Estratégico	Colgaduras em condições de uso?	Sim
		Não
V.7.6 - Estratégico	Filme radiográfico sempre disponível?	Sim
		Não
V.7.7 - Estratégico	Fixador para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	Sim
		Não
V.7.8 - Estratégico	Revelador para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	Sim
		Não
V.7.9 - Geral	Outro dispositivo para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	Sim
		Não
V.8 - Instrumentais Odontológicos		

V.8.1 - Geral	Alicate de corte de fio sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.2 - Geral	Alicate ortodôntico sempre disponível?	Sim

		Não
V.8.3 - Geral	Espátula de cera nº 7 sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.4 - Geral	Espátula de cimento sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.5 - Geral	Espátula lecron sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.6 - Geral	Espátula para gesso e alginato sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.7 - Geral	Gral de borracha sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.8 - Geral	Jogo clínico (pinça clínica, sonda exploradora e espelho clínico) sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.9 - Geral	Lamparina sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.10 - Geral	Moldeira sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.11 - Geral	Placa de vidro sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.12 - Geral	Seringa carpule sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.13 - Geral	Sonda milimetrada sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais de Cirurgia		
V.8.14 - Geral	Afastador cirúrgico sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.15 - Geral	Alavanca reta sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.16 - Geral	Alveolótomo sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.17 - Geral	Cabo para bisturi sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.18 - Geral	Cureta cirúrgica alveolar sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.19 - Geral	Fórceps adulto sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.20 - Geral	Fórceps infantil sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.21 - Geral	Lima óssea sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.22 - Geral	Porta-agulha sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.23 - Geral	Sindesmótomo sempre disponível?	Sim
		Não

V.8.24 - Geral	Sugador cirúrgico sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.25 - Geral	Tesoura cirúrgica sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais Dentística/Prótese		
V.8.26 - Geral	Aplicador de hidróxido de cálcio sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.27 - Geral	Brunidor sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.28 - Geral	Condensador sempre disponível?	Sim
		Não

V.8.29 - Geral	Escavador/colher de dentina sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.30 - Geral	Esculpidor sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.31 - Geral	Espátula de inserção de resina sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.32 - Geral	Porta-amálgama sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.33 - Geral	Porta-matriz sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.34 - Geral	Recortador de margem gengival sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais de Endodontia		
V.8.35 - Geral	Cânula para aspiração endodôntica sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.36 - Geral	Lima endodôntica sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais de Periodontia		
V.8.37 - Geral	Cureta periodontal sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.38 - Geral	Pedra de afiar curetas periodontais sempre disponível?	Sim
		Não
V.9 - Insumos		
V.9.1 - Geral	Álcool (etanol) 70º em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.2 - Geral	Alginato em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.3 - Geral	Anestésico com vasoconstritor em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.4 - Geral	Anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.5 - Geral	Anestésico tópico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.6 - Essencial	Brocas de alta rotação em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.7 - Geral	Brocas de baixa rotação em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.8 - Geral	Cera nº 7 em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.9 - Geral	Cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.10 - Geral	Cimento de ionômero de vidro convencional ou modificado por resina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.11 - Geral	Cimento de óxido de zinco e eugenol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.12 -	Cimento para cimentação provisória em quantidade	Sim
		Não

Geral	suficiente?		
V.9.13 - Geral	Creme dental em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.14 - Geral	Escova dental em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.15 - Geral	Fio de sutura em quantidade suficiente (fio e agulha)?		Sim
			Não
V.9.16 - Geral	Fio dental em quantidade suficiente?		Sim
			Não

V.9.17 - Geral	Flúor gel em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.18 - Geral	Gesso em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.19 - Geral	Lâmina de bisturi em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.20 - Geral	Pontas diamantadas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.21 - Geral	Ponteira descartável para sugador em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.22 - Geral	Rolo de algodão em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.23 - Geral	Seringa descartável para irrigação em quantidade suficiente?	Sim
		Não
Insumos Dentística/ Prótese		
V.9.24 - Geral	Amálgama - preparo manual em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.25 - Geral	Amálgama em cápsulas pré-dosadas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.26 - Geral	Cunha em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.27 - Geral	Dentes de estoque em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.28 - Geral	Fio ortodôntico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.29 - Geral	Fresa metálica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.30 - Geral	Material para acabamento e polimento de prótese (lixa e/ou fresas) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.31 - Geral	Matriz de poliéster em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.32 - Geral	Matriz metálica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.33 - Geral	Microbrush em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.34 - Geral	Papel articular/papel carbono em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.35 - Geral	Resina acrílica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.36 -	Resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?	Sim
		Não

Geral			
V.9.37 - Geral	Selantes em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.38 - Geral	Sistema adesivo (ácido + primer + adesivo ou ácido + primer/adesivo ou primer autocondicionante + adesivo ou não presente) em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.39 - Geral	Tira de lixa de poliéster em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.40 - Geral	Tira de lixa metálica em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Insumos Cirurgia/Periodontia			
V.9.41 - Geral	Cimento cirúrgico em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Insumos Endodontia			
V.9.42 -	Medicação intracanal para polpa viva e polpa necrosada em		Sim

Geral	quantidade suficiente?		Não
V.9.43 - Geral	Ponta de papel absorvente em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.44 - Geral	Solução para irrigação intracanal em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.45 - Geral	Teste de sensibilidade pulpar (frio) em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Insumos Biossegurança			
V.9.46 - Geral	Caixa de descarte para material perfurocortante em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.47 - Geral	Fita indicadora para autoclave em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.48 - Geral	Luva de borracha para limpeza de instrumental em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.49 - Geral	Material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.50 - Geral	Material para embalar instrumental para esterilização (TNT, SMS ou papel grau cirúrgico) em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.51 - Geral	Óculos em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.52 - Geral	Recipiente para descarte de amálgama em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.53 - Estratégico	Recipiente para descarte de lâmina de chumbo em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.54 - Geral	Toucas em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.55 - Essencial	Luvas em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.56 - Geral	Gazes em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.9.57 - Essencial	Máscaras em quantidade suficiente?		Sim
			Não
V.10 - Material Impresso para Atenção à Saúde Bucal			
V.10.1	Com qual frequência a ficha clínica odontológica fica disponível (Prontuário Clínico)?		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
			O prontuário é eletrônico
V.10.2	Com qual frequência estão disponíveis impressos para educação em saúde?		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível

Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde

Para que o profissional da Equipe de Saúde Bucal responda a entrevista do Saúde Mais Perto de Você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)-, o entrevistador deve fazer contato prévio com o mesmo. Este profissional deverá ser o **cirurgião-dentista**, pois agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. No momento da avaliação externa se o **cirurgião-dentista** não estiver para responder a entrevista outro profissional da equipe de saúde bucal (Auxiliar de Saúde Bucal ou Técnico de Saúde Bucal) poderá ser entrevistado. No entanto, a equipe será prejudicada no componente da avaliação externa na Certificação do Programa. Por isso, é importante que seja combinado previamente a visita à UBS com a equipe de entrevistadores.

Nas questões que envolvem a verificação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação. No anexo A consta a Lista de Documentos para comprovação das ações realizadas pela equipe.

As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:

- a) Registro da resposta específica;
- (b) Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

VI.1 - Identificação Geral		
VI.1.1	Número do supervisor:	Número
VI.1.2	Número do entrevistador:	Número
VI.2 - Identificação da Unidade de Saúde e do Entrevistado		
VI.2.0	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
VI.2.1	Endereço:	
VI.2.2	Telefone (DDD) + 8 dígitos	(_)_____- ____
		Não existe telefone
VI.2.3 - Geral	Qual profissional entrevistado?	Cirurgião-dentista
		Auxiliar em Saúde Bucal
		Técnico em Saúde Bucal
VI.3 - Territorialização e População de Referência da Equipe de Saúde Bucal		
VI.3.1	Na rotina de trabalho, a Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?	Quantidade
VI.3.2	Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de Saúde Bucal são atendidas?	Todos os dias da semana
		Alguns dias da semana
		Nenhum dia da semana
VI.3.3 - Essencial	A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território?	Sim
		Não
VI.3.3/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4 - Planejamento, Acompanhamento e Avaliação		
VI.4.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim
		Não
VI.4.1/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.2 - Essencial	A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões	Sim

	em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	Não
VI.4.2/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.3 - Estratégico	A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?	Sim
		Não
VI.4.3/1 - Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.4 - Estratégico	A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?	Sim
		Não
VI.4.4/1 - Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.5 - AUTOAVALIAÇÃO	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim
		Não
VI.4.6	Qual o instrumento utilizado?	AMAQ impresso
		AMAQ eletrônico
		AMQ
		Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
		Instrumento desenvolvido pelo Estado
VI.4.6/1 - AUTOAVALIAÇÃO	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.5 - Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal		
VI.5.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
		Não
VI.5.2	De quais núcleos profissionais?	Do CEO
		De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO)
		Do NASF
		Do CAPS
		Da vigilância em saúde
		Outros
VI.5.3 - Geral	Indique em qual(is) especialidade(s) odontológica(s) a equipe de Saúde Bucal recebe apoio na UBS para a resolução de casos mais complexos:	Cirurgia Oral
		Endodontia
		Periodontia
		Estomatologia
		Radiologia
		Ortodontia
		Implantodontia
		Odontopediatria
		Outros
VI.6 - Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde		
VI.6.1	Como são registradas as informações de saúde?	Fichas em papel
		Prontuário eletrônico (Estratégico)
VI.6.2	Qual o tipo de prontuário?	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB
		Prontuário Eletrônico Próprio
		Sim

VI.6.2/1	Existe documento que comprove?	Não
VI.6.3	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação	Sim, para todos da equipe
		Sim, para alguns da equipe

	Internacional para Atenção Primária (CIAP)?	Não
VI.6.4	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?	Sim, para todos da equipe
		Sim, para alguns da equipe
		Não
VI.6.5	Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?	Sim
		Não
VI.6.6	Quais canais são utilizados?	Colegas de trabalho
		Materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde
		Gestão municipal
		Telessaúde
		Disque Saúde 136
		Outros
VI.6.7	Sobre o registro clínico orientado a problemas (RCOP) e suas funcionalidades disponíveis no prontuário eletrônico, quais itens sua equipe utiliza?	Folha de Rosto
		Anotações SOAP - Subjetivo
		Anotações SOAP - Objetivo
		Anotações SOAP - Avaliação
		Anotações SOAP - Plano
		Lista de problemas
VI.6.3 - Geral	A ficha clínica odontológica compõe o prontuário do usuário?	Sim
		Não
VI.6.3/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.7 - Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe		
VI.7.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?	Sim
		Não
VI.7.2 - Geral	Existe reserva de vagas na agenda da Equipe de Saúde Bucal ou um horário de fácil acesso ao profissional para que:	O usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?
		O usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?
		Nenhuma das anteriores
VI.7.3 - Essencial	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	Atendimento agendado/programado
		Atendimento de demanda espontânea
VI.7.4 - Geral	No atendimento à demanda espontânea, a Equipe de Saúde Bucal realiza:	Atendimento de urgência (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, acesso à polpa dentária, pulpotomia, tratamento de alveolite, tratamento inicial de dente traumatizado, outros)
		Prescrição de receitas de medicamentos
		Orientação
		Nenhuma das anteriores

VI.7.5	No atendimento clínico, a Equipe de Saúde Bucal realiza:	Aplicação de selante ionomérico
		Aplicação tópica de flúor
		Exodontia de dente decíduo
		Exodontia de dente permanente
		Ulotomia/ Ulectomia

		Raspagem, alisamento e polimento supragengival
		Raspagem, alisamento e polimento subgengival
		Restaurações dentárias de amálgama
		Restaurações dentárias de resina
		Restaurações dentárias de ionômero
		Moldagem para prótese
		Instalação de prótese
		Cimentação de prótese
		Nenhuma das anteriores
VI. 7.6	No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:	Escuta a queixa do usuário
		Avalia a necessidade de saúde do usuário (Geral)
		Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno (Geral)
		Realiza atendimento clínico (Geral)
		Encaminha o usuário para outro serviço
		Não realiza acolhimento
VI.7.7	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?	Sim
		Não
VI.7.8	A Equipe de Saúde Bucal utiliza protocolos/critérios para conduta no acolhimento?	Sim
		Não
VI.7.9	Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?	O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha
		O usuário é atendido por ordem de chegada
		A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (Geral)
		Outros
VI.7.10	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
		Não
VI.7.11	Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?	Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais
		No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal
		Pelo Agente Comunitário
		Outros
		A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior

VI.7.12 - Geral	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?	A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saude Bucal e depois comunicada para o usuário
-----------------	---	--

		A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)
		É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)
		No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento
		Outro(a)
VI.8 - Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal (TSB)		
VI.8.1	A Equipe de Saúde Bucal possui Técnico em Saúde Bucal?	Sim
		Não
VI.8.2	Quais as ações que o Técnico em Saúde Bucal realiza?	Visitas domiciliares
		Acolhimento
		Inserção e distribuição de materiais odontológicos no preparo cavitário de restaurações dentárias diretas
		Remoção do biofilme
		Tomadas radiográficas
		Limpeza e antissepsia do campo operatório
		Nenhuma das Anteriores
VI.9 - Processo de Trabalho do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)		
VI.9.1	A equipe possui Auxiliar em Saúde Bucal?	Sim
		Não
VI.9.2	Quais as ações que o Auxiliar em Saúde Bucal realiza?	Visitas domiciliares
		Acolhimento
		Limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho
		Processamento do filme radiográfico
		Seleção de moldeiras
		Preparo de modelos em gesso
		Nenhuma das anteriores
VI.10 - Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde		
VI.10.1 - Geral	Existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha?	Sim
		Não
VI.10.2 - Geral	Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?	Sim
		Não
VI.10.3 - Estratégico	A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?	Sim
		Não
		Sim

VI.10.4 - Geral	O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento?	Não
VI.10.4/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

VI.10.5	A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?	Sim
		Não
VI.10.6 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?	Sim
		Não
VI.10.6/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.11 - Atenção ao Câncer de Boca		
VI.11.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?	Sim
		Não
VI.11.2	Quais ações são realizadas?	Orientação sobre o uso do tabaco
		Orientação sobre o uso do álcool e outras drogas
		Orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar
		Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade
		Exame sistemático das mucosas orais
		Outras
VI.11.3 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?	Sim
		Não
VI.11.4 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui laboratório de referência para exames histopatológicos?	Sim
		Não
VI.11.5	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?	Sim
		Não
VI.11.6 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência?	Sim
		Não
		A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca
VI.11.6/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.11.7 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal monitora os pacientes submetidos à biópsia para avaliação do resultado do exame?	Sim
		Não
VI.11.8	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?	Sim
		Não
VI.11.8/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.11.9 - Geral	Após a referência do usuário para o tratamento, a Equipe de Saúde Bucal acompanha e monitora a continuidade do cuidado?	Sim
		Não
VI.11.10	A rede de atenção à saúde disponibiliza próteses de maxila e/ou mandíbula para os pacientes submetidos à remoção cirúrgica dos maxilares?	Sim
		Não
		Não sabe informar

II. Alterações no Projeto de Pesquisa

O projeto de pesquisa previu a realização dos seguintes artigos:

Artigo 1 “Avaliação da estrutura das Equipes de Saúde Bucal Brasileiras de acordo com o terceiro ciclo do PMAQ-AB”;

Artigo 2 “Avaliação do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal Brasileiras de acordo com o terceiro ciclo do PMAQ-AB”;

Artigo 3 “Acesso e qualidade da atenção à Saúde Bucal na Atenção Básica Brasileira”.

Entretanto, ao analisar a parte de processo de trabalho das equipes de saúde bucal, observou-se que havia muita quantidade de material que não poderia ser explorado em um único artigo. Considerando que já se tinha avançado nas análises foi solicitado ao colegiado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e à banca do projeto de pesquisa, para subdividir o primeiro e substituir o segundo artigo pelo artigos “The relationship between Oral Health Teams in primary care in Brazil and the healthcare network”, aceito no periódico BMC Health Services Research e “Primary dental care in Brazil: The work process of dental health assistants and technicians and services provided”, submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

Além disso, durante a elaboração dos artigos foi publicado um trabalho de revisão sistemática sobre atenção à saúde bucal brasileira e britânica, inviabilizando o terceiro artigo proposto. Assim, considerando que ainda havia materiais já analisados sobre o processo de trabalho em saúde bucal, solicitou-se a substituição do artigo 3 por um terceiro artigo original “Organização dos prontuários e agenda para a atenção em saúde bucal no Brasil: Uma análise do terceiro ciclo do PMAQ-AB”, submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva.

III. Relatório do trabalho de campo

Os dados utilizados na presente tese, do ciclo III do PMAQ-AB, já haviam sido coletados antes do ingresso da aluna no doutorado (2021). Assim, serão apresentadas algumas informações sobre a coleta de dados do estudo e as atividades que foram desenvolvidas pela doutoranda.

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

O PMAQ foi um programa do Ministério da Saúde que teve como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde da atenção básica. O incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – (PAB) Variável, foi transferido fundo a fundo aos municípios com equipes que aderiram ao Programa.

Lançado em 2011, o PMAQ teve sua realização em três períodos (ciclos I, II e III) e foi composto de quatro fases (Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa e Recontratualização). A fase de Avaliação Externa (AE), que consiste na aplicação de instrumentos realizada em parceria com universidades do Brasil, originou os dados utilizados nesta tese.

O Ministério da Saúde recebeu suporte de Instituições de Ensino e Pesquisa com ampla experiência em estudos avaliativos para coordenar e desenvolver as atividades de campo, incluindo a seleção e formação dos entrevistadores responsáveis pela aplicação do instrumento de avaliação. Os entrevistadores realizaram visitas às UBS de acordo com o cronograma estabelecido pelas instituições, após o contato com a gestão municipal.

No terceiro ciclo do PMAQ-AB, a AE ocorreu entre julho de 2017 e agosto de 2018. Realizou-se a coleta de informações sobre a estrutura das UBS, o processo de trabalho das equipes e a percepção dos usuários, utilizando instrumentos estruturados e padronizados. Foram utilizados tablets para a coleta de dados. As questões se referiam às ações e programas em andamento na Atenção Básica e no SUS à época, considerando as diretrizes e definições das áreas técnicas do Ministério da Saúde. Esses instrumentos estão disponíveis para consulta no sítio do Ministério da Saúde, no Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (saude.gov.br).

Tanto a AE como a Certificação das equipes foram coordenadas de forma tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

(CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Módulo VI, de onde se originaram os dados utilizados nesta tese, consiste na Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, que objetivou avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Quanto à atenção em saúde bucal, o principal objetivo foi verificar a qualidade dos serviços oferecidos, identificar pontos fortes e áreas que necessitavam de melhorias. Durante as visitas às UBS, as equipes avaliadoras observaram a estrutura física, os equipamentos disponíveis, as condições de atendimento e a adequação dos serviços prestados em saúde bucal. Além disso, também se observou o horário de funcionamento das unidades; o planejamento das ações das equipes; o acolhimento à demanda espontânea; atenção à saúde da mulher e da criança; condições crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade, tuberculose e hanseníase) e organização da agenda da equipe de SB.

Além desses quesitos, os profissionais de saúde, os usuários e os gestores locais foram entrevistados para obter uma visão ampla sobre o atendimento em saúde bucal. Durante o trabalho de campo, também foram analisados indicadores como a cobertura de atendimento odontológico, o número de consultas realizadas, as estratégias de prevenção (como as campanhas de escovação e aplicação de flúor) e a gestão de casos de doenças bucais, como cáries e doenças periodontais.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de doutorado foram desenvolvidas atividades vinculadas aos dados do PMAQ. Segue abaixo:

- Limpeza, categorização e criação de variáveis dos bancos de dados do ciclo III;
- Trabalho de extração e construção de variáveis de contexto, utilizadas nos artigos, oriundas de bancos do IBGE, DATASUS, PNUD e e-GESTOR.
- Realização de doutorado sanduíche, de novembro de 2023 a junho de 2024, na Universidade de Londres, Reino Unido, onde foram desenvolvidos os Artigos 1 e 2 da tese;
- Apresentação de dois trabalhos, com dados do PMAQ, no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
- Apresentação de dois trabalhos, com dados do PMAQ, no 12º Congresso Brasileiro de Epidemiologia.
- Apresentação de 1 trabalho, com dados do PMAQ, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO.
- Apresentação de 1 trabalho, com dados do PMAQ, na 8ª Semana Integrada de Inovação, Ensino, Pesquisa e Extensão da UFPEL – SIIPE.
- Coautoria de artigo científico da disciplina de Oficina de Redação de Artigos, publicado.
- Coautoria de artigo científico da disciplina de Epidemiologia Clínica, em fase de submissão.

Fonte:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento De Avaliação Externa Do Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – Brasília, DF: 2017.

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: uma análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. Oikos; 2021.

IV. Artigos

Artigo 1

Aceito na revista BMC Health Services Research

HARTMANN, Clarissa Fialho et al. The relationship between Oral Health Teams in primary care in Brazil and the healthcare network. **BMC Health Services Research**, London, v.---, n.---, 2025. DOI: 10.1186/s12913-024-12017-5

The relationship between Oral Health Teams in primary care in Brazil and the healthcare network

Clarissa Fialho Hartmann¹

César Messias de Oliveira²

Luiz Augusto Facchini¹

Elaine Tomasi¹

Elaine Thumé¹

Ana Claudia Gastal Fassa¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Brasil

²University College London, United Kingdom

Abstract

Background: An efficient relationship between the various levels of the healthcare network is crucial for ensuring high-quality care. This study analysed the OHT's working process in primary health care in Brazil, examining its relationship with the healthcare network according to geopolitical regions, population size, the Human Development Index (HDI), and oral health coverage in municipalities.

Methods: A cross-sectional study of 22,993 OHTs that participated in the third cycle of the External Evaluation of the Program for Improvement of Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB) (2017/2018) was carried out in Brazil. The prevalence and the association between the contextual variables of the included municipalities and the OHT working process were assessed.

Results: The provision of reference services for OHTs and the use of protocols for referrals are nearly universal. However, 53% of the teams indicated that emergency services are unavailable outside OHTs' working hours, and 30% did not have records of users referred or received referral feedback. Less than 73% of healthcare networks and specialities offered matrix support to OHTs. Most evaluated aspects showed lower prevalence in the Northern region, in cities with lower HDI and smaller populations.

Conclusions: Emergency dental services must be expanded, matrix support strengthened, and counter-referral implemented. Guaranteed access to computers, the Internet, telephone, system interoperability, and regionalisation can facilitate networking. Priority should be given to remote regions and small municipalities. This would increase primary care's solubility, continuity, and comprehensiveness and promote equity.

Keywords: Oral Health; Primary Health Care; Healthcare Service Evaluation; Process Assessment (health care).

Introduction

Comprehensiveness of healthcare is one of the fundamental principles of the Unified Health System (SUS). A good relationship between the health system levels is essential to guarantee the continuity of care, allowing the person to be followed from prevention to the treatment of complex diseases. The coordination by primary health care is fundamental to provide a holistic view of the person, improving efficiency and quality of care [1-3]. The good relationship between the OHT in primary care and the healthcare network is also very important to promote equity and the right to health for all citizens, resulting in better health outcomes for the population [4].

To reach this fundamental principle, it is necessary to have adequate matrix support, with co-management of cases, interprofessional and networked work, while maintaining the coordination of care and primary responsibility for the case with the OHT [5-7]. Moreover, it is crucial to have adequate flow in the healthcare network with proper referral and counter-referral of patients. Through established ties, the relationship between primary care professionals and other professionals in the healthcare network enriches therapeutic interventions, primarily when this bond is based on trust and commitment [8].

Although there are studies evaluating access, quality of care, user satisfaction, and oral health outcomes [9-13], the studies about work process in oral health at a national level started with the launch of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) by the Brazilian Ministry of Health. The program was carried out in three phases (2011/2012, 2013/2014, and 2017/2018). Investigations conducted during the first and second phases of the PMAQ-AB highlighted that the prevalence of matrix support in OHT in Brazil was over 75% [14-17]. A study from the

first cycle of PMAQ-AB reported that among OHTs with access to Specialized Dental Centres (SDCs) for referrals, 78.2% had protocols defining flows for referral and counter-referral. The regions with the lowest percentages of these protocols were the Northeast and the North (71.9% and 77.4%, respectively). This indicator may be related to the absence of regionalised networks for referring these patients [18].

The third cycle of the PMAQ-AB expanded the description of the work process of OHT in primary health care services, including the matrix support from the SDCs, assistance from the Family Health Support Centre (NASF), protocols with instructions for referring patients to other levels of care, and emergency care outside of the OHT's working hours. These factors are part of the relationship between the OHT and different points in the healthcare network. Therefore, this study aimed to analyse the relationship of OHT in primary health care in Brazil with other healthcare network points, considering factors such as geopolitical region, population size, HDI, and oral health coverage in their respective municipalities.

Methods

A quantitative descriptive study using public secondary data was performed using the OHTs participating in the third cycle of the External Evaluation (2017/2018) of the PMAQ-AB as the unit of analysis. The teams involved in the program joined voluntarily through a process that required local, regional, and state-level agreements and social control participation in negotiating commitments and indicators between primary healthcare teams, city managers, and the Health Department. Out of the 42,975 teams that joined the program, 23,688 (55%) were part of primary health care with oral health services [19] (https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo/manuais-pmaq/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf/view). PMAQ-AB was

implemented to encourage managers and healthcare teams to improve the quality of care provided. The program offered Family Health Strategy teams financial incentives based on their performance and improved health quality standards [19].

Higher education institutions supported building evaluation instruments, logistics, and data collection. The current investigation analysed selected variables from two batches of the 6th module of the questionnaire, “Interview with an oral health professional and document verification at the unit.” This module assesses the OHT's work process and health services organisation.

1) Relationship of the OHT with other healthcare network locations

It was analysed whether the healthcare network had specialised appointments, whether the dentist provided information about care to specialists and had proof of referrals, the OHT had received feedback from specialists, the OHT followed guidance protocols for patient referrals to other levels of care, the referred user records were maintained by the OHT (with proof), and emergency dental care was available in the healthcare network during non-working hours of the OHT.

2) Matrix support to the OHT

The study investigated whether OHT received support from other professional centres to solve complex cases. It also examined whether they received assistance from the SDC or NASF and whether dentists referred patients to the periodontics speciality. Additionally, the study analysed the frequency of support received from health surveillance and non-SDC specialists. It also observed how often complex cases were referred to the oral surgery specialities, endodontics, stomatology (oral pathology), radiology, and paediatric dentistry.

To examine the oral health working process concerning the background characteristics of the municipalities where the health units were located, the following

contextual variables were measured: geographical region – North, Northeast, Central-West, Southeast, and South; the HDI according to the cut-off points of the United Nations Development Program (UNDP) [20] – very low/low (< 0.599), medium (0.600-0.699), high (0.700-0.799) and very high (0,800-1,0); city size, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) [21] – up to 10,000 inhabitants, 10,001-30,000, 30,001-100,000, 100,001-300,000 and more than 300.000 inhabitants, and municipal oral health coverage at the Family Health Strategy – up to 50%; 50.1%-74.9%; 75%-100% [22].

The fieldwork was conducted by the Department of Primary Health Care of the Ministry of Health and eight federal education institutions that led the data collection. The work involved more than 1,000 people, and it was organised in teams composed of an average of five interviewers, with one of the members acting as supervisor. Data was collected using an electronic instrument on tablets, and an automated system was sent to the central server of the Ministry of Health. The interview duration and verification of the consistency of answers were validated electronically, through the restriction of valid intervals and the establishment of automated skips. In addition, supervisors conducted the quality control, observing some interviews and providing feedback to the interviewers, making necessary adjustments in real-time.

A descriptive statistical analysis was carried out using the Stata 15.1 (<https://www.stata.com>) statistical package, estimating the prevalence of the analysed aspects. Then, a bivariate analysis was conducted, examining each item of the working process concerning the contextual variables. This bivariate analysis was presented in equiplots, with dot graphs showing the absolute differences between subgroups of the indicators researched in this study, allowing for assessing inequities. The differences between the evaluated categories were presented in percentage points (p.p.).

The research project of the third cycle of the PMAQ-AB, protocol number 2,453,320, was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the Federal University of Pelotas (UFPEL) on December 27, 2017. Health professionals were informed about the research theme; only those who agreed to participate and signed the written Informed Consent Form participated in the interview. The participants' identities are not included in the public database to ensure confidentiality.

This methodology followed the STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) statement (<https://www.strobe-statement.org/>).

Results

This study investigated 97% of the OHT existing during the third PMAQ-AB implementation cycle (N=22,993). Among them, 43.5% were located in the Northeast region and 7.6% in the North region. The study found that 38.6% of the teams were in cities with high HDI and 5.8% in cities with high HDI. Regarding city size, 31.6% of the teams were located in municipalities with 10,001 to 30,000 inhabitants, and 11.1% were in cities with 100,001 to 300,000 inhabitants. Concerning oral health coverage in the Family Health Strategy, 57.2% of the OHTs were located in municipalities with 75 to 100% coverage, and 15.9% were in municipalities with 50.1 to 74.9% coverage, as shown in Table 1.

Table 1 – Distribution of the OHT according to municipalities' characteristics

Variable	N	%
Region		
North	1943	7.6
Northeast	11198	43.5
Central-West	2033	7.9
Southeast	7056	27.4

South	3490	13.6
Human Development Index		
(HDI)		
<0.599	5453	21.3
0.600 – 0.699	8746	34.2
0.700 – 0.799	9869	38.6
0.800 - 1	1483	5.8
Demographic size		
<10,000	4376	17.1
10,001 – 30,000	8084	31.6
30,001 – 100,000	5989	23.4
100,001 – 300,000	2826	11.1
≥300,000	4276	16.7
Oral Health Coverage (%)		
≤50	6882	26.9
50.1 – 74.9	4052	15.9
75 - 100	14617	57.2

Source: External evaluation of the third cycle of the PMAQ-AB, module VI, 2017

Table 2 presents the factors that affected the OHT's work process in the two batches. It was observed that 46.5% of OHT patients had access to emergency dental care in the healthcare network when the team was unavailable. 86.0% of teams could refer patients to specialised care and use protocols. 96.0% of dentists referred users to specialists with information about the care provided, 71.9% recorded this, and 70.3% of teams said they received expert feedback.

Table 2 - Working process of OHTs (PMAQ-AB, Brazil, 2017)

Relationship of the OHT with other healthcare network locations	%
Provision of dental emergency care within the healthcare network during non-working hours of the OHT	46.5

Offer of specialised appointments within the healthcare network for the OHT to refer users	86.0
The OHT used protocols to guide patient referral to other care levels within the healthcare network	87.2
Dentist referred users to specialists with information about the care	96.0
The OHT received feedback from specialists regarding the care provided to users referred to with information.	70.3
The OHT had the record of users referred to other care locations (with proof)	71.9
Matrix support for the OHT	%
The OHT received support from other services to assist in the resolution of cases considered complex	93.0
Support from the SDC	66.0
Support from the NASF	64.4
Support from the Health Surveillance	45.5
Support from non-SDC specialist	38.5
Dental specialities of which the OHT received support for the resolution of complex cases:	
Oral surgery	73.4
Endodontics	69.5
Periodontics	65.2
Stomatology (oral pathology)	59.5
Radiology	56.0
Paediatric Dentistry	49.5

Regarding the matrix support provided by other professional centres, 93.0% of the OHTs reported receiving assistance in resolving complex cases. Around 60.0% of them received support from the SDC and NASF, while 40% received support from health surveillance and specialists who were not part of the SDC. Moreover, around 70.0% of the OHTs received support from surgery and/or endodontics, and approximately half of them received assistance from periodontics, stomatology (oral pathology), radiology, and/or paediatric dentistry (Table 2).

Equiplots *a*, *b*, *c*, and *d* provide an overview of various aspects related to OHT's relationship with other healthcare network locations and the matrix that supports the OHT according to contextual variables. There was a variation of 11 to 15 p.p. between regions in terms of receiving matrix support, SDC support, availability of specialised consultations in the healthcare network to enable the OHT to refer the users, the existence of protocols for the referral of patients to other levels of care within the healthcare network, and the provision of dental urgency care within the healthcare network during the times when the OHT is unavailable. However, the counter-referral from specialists providing information about the care given to users, the confirmation that the OHT has the records of users referred to another point of care, the support from NASF, the support from the periodontics speciality, and the registration of users referred to another care point showed a variation between 23 and 30 p.p. (Figure 1 - Matrix Support – the OHT receives matrix support; DSC – matrix support from the DSC; Specialized Consultations – provision of specialised consultations in the health care network; Counter-referral – from the specialists of the referred users; Referral – registration of users referred to other levels of care; NASF – matrix support from the NASF; Periodontics – matrix support from the periodontics speciality; Protocols – guidance on referring patients to other levels of care; Registration – of referred patients; Emergency – service during hours when the OHT is not working).

In general, the North had a lower prevalence of the assessed aspects, while the South had a lower prevalence of periodontics support and provision of dental emergency care. Additionally, cities with lower HDI and population size generally had a lower prevalence of all analysed aspects, with variations ranging from 24 to 60 p.p. The only exceptions were the existence of protocols, which varied by 18 p.p., and matrix support and NASF support, which varied by less than 15 p.p. However, even though the matrix

support and protocols were prevalent in all strata of HDI and the population size studied, the NASF support prevalence was the same for low and high HDI and below 79% in all strata of HDI and population size studied. The evaluated aspects of the work process showed a variation of less than 21 p.p. regarding oral health coverage (Figure 1).

Discussion

The results of this study showed that the provision of reference services from OHTs to other levels of oral health care is nearly universalised in Brazil, as well as the use of protocols guiding these referrals. However, an essential percentage of teams refer to a lack of emergency services when OHTs are not working. Additionally, the counter-referral of users from specialised services and matrix support is not universalised. Most evaluated aspects presented lower prevalence in the Northern region and cities with lower HDI and population size. At the same time, the coverage ranges of the OHT did not show significant variations among the evaluated outcomes.

Dental emergency care services are one of the gateways to the health system and should be available in primary, secondary, and tertiary health care [23, 24]. Moreover, the National Oral Health Policy highlights the need to prioritise cases of pain, infection, and suffering [4]. Thus, the finding that more than half of the OHTs do not identify services able to provide dental emergency care in the healthcare network outside of OHT working hours compromises the comprehensiveness of care [25].

The lack of feedback from specialists regarding the care provided to referred users was reduced compared to the first cycle of PMAQ-AB. At that time, just over half of the teams reported receiving this feedback. However, the lack of feedback is still a problem for one-third of OHTs. A study focusing on primary healthcare services participating in the PMAQ-AB showed increased availability of information and communication

technologies, such as the Internet, from 45.2% in 2012 to 74.0% in 2018 [26]. On the other hand, these technologies have not yet been universally adopted, and challenges such as internet instability and device updates persist. Lack of resources such as computers, internet, and telephones and the lack of interoperability between the systems used in primary healthcare and the other levels of care restrict the communication between the levels of care and often require additional efforts to register referrals. Poor infrastructure and insufficient material resources compromise the continuity of care and the quality of primary health care [27].

Matrix support is an approach to health care delivery that emphasises interdisciplinary work to improve the comprehensiveness of care and the resolvability of primary health care. It can occur through joint care between OHTs, family health teams, matrix support professionals, shared collective activities, and health surveillance. It can also happen through the advice matrix support professionals provide for OHTs and the discussion of care-related topics. It is a highly relevant strategy for the continuing education of OHTs [5, 28, 29].

In 2009, the Ministry of Health created the NASF, the main structure for providing matrix support, including social workers, psychologists, and occupational therapists. This helped to welcome the users and support the primary care team in increasing comprehensiveness while considering the user's social context [30]. However, in January 2020, the Ministry of Health unlinked the NASF interdisciplinary teams, weakening the matrix support [31].

SDC is another critical source of matrix support to help OHTs address more complex cases. There are SDC types I, II, and III, with a minimum of five oral health specialities, and they receive funding from the Ministry of Health according to the number

of dental chairs they have. In 2023, the Ministry of Health established the Oral Health Specialties Service to cover smaller municipalities with up to 20 thousand inhabitants (68.3% of Brazilian municipalities) [21, 32]. However, many small municipalities depend on regional healthcare networks to provide specialised dental services to the population [33-34].

The lower prevalence of most of the analysed aspects in the North region, municipalities with lower HDI and population size is consistent with findings of the second cycle of PMAQ-AB (2014) showing that a smaller proportion of teams in the Central-West and North regions had a reference for SDC when comparing with teams in the South and Southeast regions [12]. The first cycle of PMAQ-AB, which shows higher frequencies of user referrals to other levels of care in cities with higher HDI and population size, also corroborates the results of the present study [12, 16].

The North region is the largest in Brazil, occupying more than 45% of the national territory. Still, it has the lowest population density, with a large part of the population living in cities along rivers, in remote areas that are difficult to access, and less availability of health professionals [21; 35]. The North Region and municipalities with more significant socioeconomic needs have fewer resources and professionals and lack specialised care [33, 34, 36-38]. Even with the expansion of oral health care, difficulties persist in reducing existing regional and socioeconomic inequalities in Brazil. Matrix support is a crucial strategy to mitigate this problem, together with teledentistry, which can transform the reality of small municipalities where there is a lack of access to specialists, helping to enlarge the resolvability of the primary healthcare network [32, 39].

For years in Brazil, oral health coverage was low because dental care was aimed at restricted population groups, such as schoolchildren [40, 41]. The National Oral Health

Policy significantly advanced oral health coverage in primary health care [4]. However, the areas with greater oral health coverage are generally those with lower economic levels and greater health needs, such as the Northeast region [42]. Thus, the low variability in most aspects analysed concerning oral health coverage in the Family Health Strategy indicates that OHT in primary health care can promote equity [43].

Among the strengths of the study, it is worth highlighting its high response rate and the fact that several of the investigated aspects were supported by documented evidence. On the other hand, the study also presents potential limitations. The team's self-report was considered for other elements, which could result in an information bias overestimating the prevalence. Moreover, when assessing whether the OHT received support from different services to resolve more complex cases, the question does not specify if this occurred in a matrix manner and may have been confused with support received through referral and counter-referral, overestimating the matrix support.

More studies are needed to monitor the implementation of OHT in primary health care, with national coverage, regular frequency, and the evaluation of critical aspects to evaluate trends. Considering the importance of matrix support to enlarge the resolvability of OHT, particularly in small cities and those with lower HDI, a more detailed assessment characterising the types of matrix support offered and considering the user's perspective could deepen the understanding of the topic.

Conclusions

The study highlighted difficulties in accessing emergency dental services, counter-referral, and matrix support, indicating that, for most of the assessed aspects, the

situation is worse in the north, in small municipalities, and in municipalities with low HDI. This study is relevant to provide recommendations to improve the relationship between levels of care, enhancing the comprehensiveness and continuity of care. Improvements in infrastructure and professional training are crucial to expand dental emergency services. Investments in training and communication resources are essential to facilitate counter-referral and matrix support, including the availability of computers, internet, telephones, and interoperable systems, which are also required to establish teledentistry. These aspects, along with the advancement of the regionalization of the healthcare network, are fundamental to promote equity, especially in areas with low HDI, small municipalities, and the North region.

Abbreviations

OHT: Oral Health Team; PMAQ-AB: Program for Improvement of Access and Quality in Primary Care; SDC: Specialized Dental Centres; NASF: Family Health Support Centre.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (2012).
2. Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: Trajetória e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5): 1737-1746.
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Accessed 22 Oct 2024
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23: 399-407.
6. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 4(2): 393-403.
7. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc São Paulo*. 2011; 20(4) 961-970.

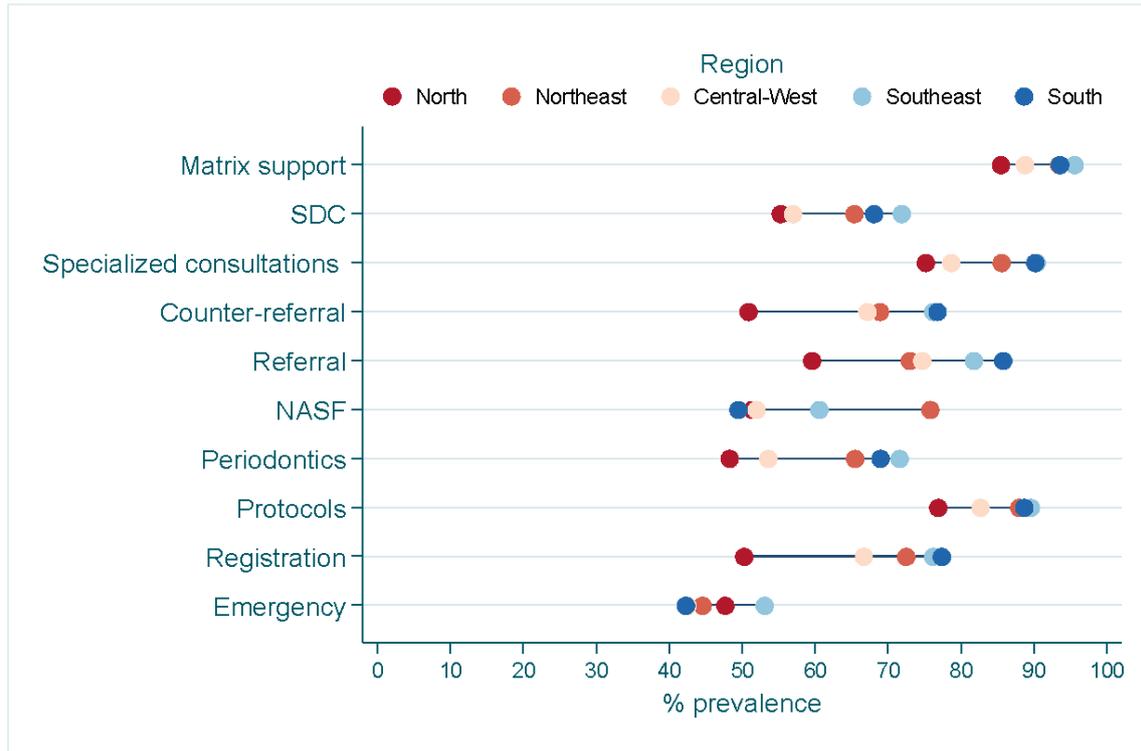
8. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):371-382.
9. Arrais MGS, Roncalli AG, Rosendo TS. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021; 31, n.e310203.
10. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti Y.W. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. *Epidemiol Serv Saude*. 2021; 30, n.e2020444.
11. Ribeiro AGA, Martins RFM; Vissoci JRN, Silva NC, Rocha TAH, Queiroz RCS, et al. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. *Plos One*. 2021; 16, n.e0247101.
12. Gonçalves KS, Giordani, JMA, Bidinotto AB, Ferla AA, Martins AB, Hilgert JB. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020; 25: 519-32.
13. Amorim LP. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil: estrutura, processo e resultado. Dentistry School. Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.
14. Medrado JRS, Casanova AO, de Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2015; 39: 1033-43.
15. Santos TP, Machado ATGM, Abreu MHNG, Martins RC. What we know about management and organisation of primary dental care in Brazil. *Plos One*. 2019.
16. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* 2018; 34: n.e00049817.
17. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014; 38: 756-70.
18. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, v.38, p.140-157, 2014.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento De Avaliação Externa Do Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – Brasília, DF: 2017.
20. PNUD. IPEA. FJP. O índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Série atlas do desenvolvimento humano no Brasil – 2013.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010.
22. Ministério da Saúde. Informação e gestão da atenção básica. (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>, accessed on 23/10/2022).
23. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3111-3120.
24. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto N° 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

providências.

25. Magri LV, Aciole GG, Salomão FGD, Tagliaferro EPS, Ribeiro LG. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. *Saúde Debate*. 2016; 40: 144-155.
26. Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. Evolution of the availability of Information and Communication Technologies in primary health care in Brazil, 2012 to 2018. *Rev Bras Epidemiol*. 2024; 27: e240021.
27. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. *Cogitare Enferm*. 2017; 2(22): e51283.
28. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Equipe de referência e apoio matricial. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF 2004.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Brasília – DF 2013.
30. Ministério da Saúde. Portaria N° 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA N° 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.
32. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 751, de 15 de junho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb.
33. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2): 250-258.
34. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do VIGITEL 2009. *Cad Saúde Publica*. 2012.
35. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32: n.e00021115.
36. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate*. 2018; 42(2): 76-91.
37. Gonçalves AJG, Pereira PHS, Monteiro V, Junior MFS, Baldani MH. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Saúde Debate*. 2020; 44(126): 725-738.
38. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R., Nogueira JD, de Sá RF. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos aspectos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19: 4313–22.
39. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual prático para uso da Teleodontologia. Brasília – DF, 2022.
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília - DF, 2018.
41. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10, 297-302.
42. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, Marques CPC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015; 69(1): 80-85.

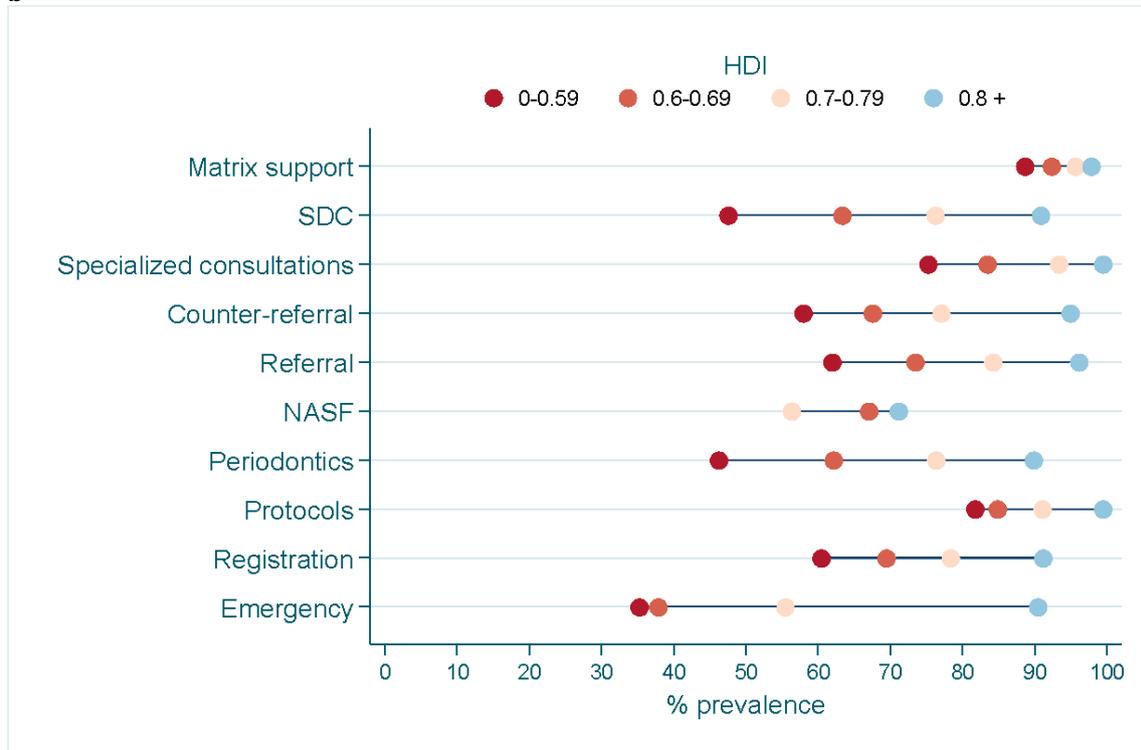
43. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: uma análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. Oikos; 2021.

a



Note: The prevalence of matrix support, specialized consultations and emergency care are the same for the South and Northeast (93.5%), South and Southeast (90%), and South and Central-West (42.2%), respectively.

b



Note: The prevalence of matrix support from NASF is the same for low and very high HDI (71.1%).

c

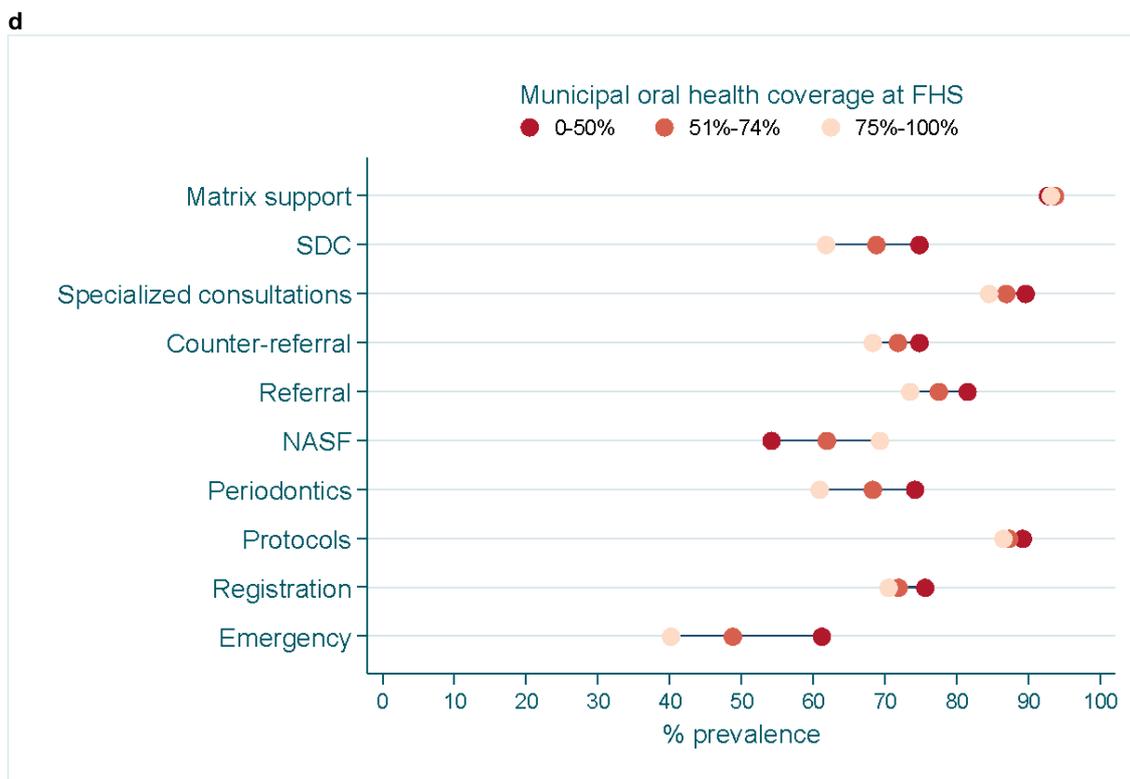
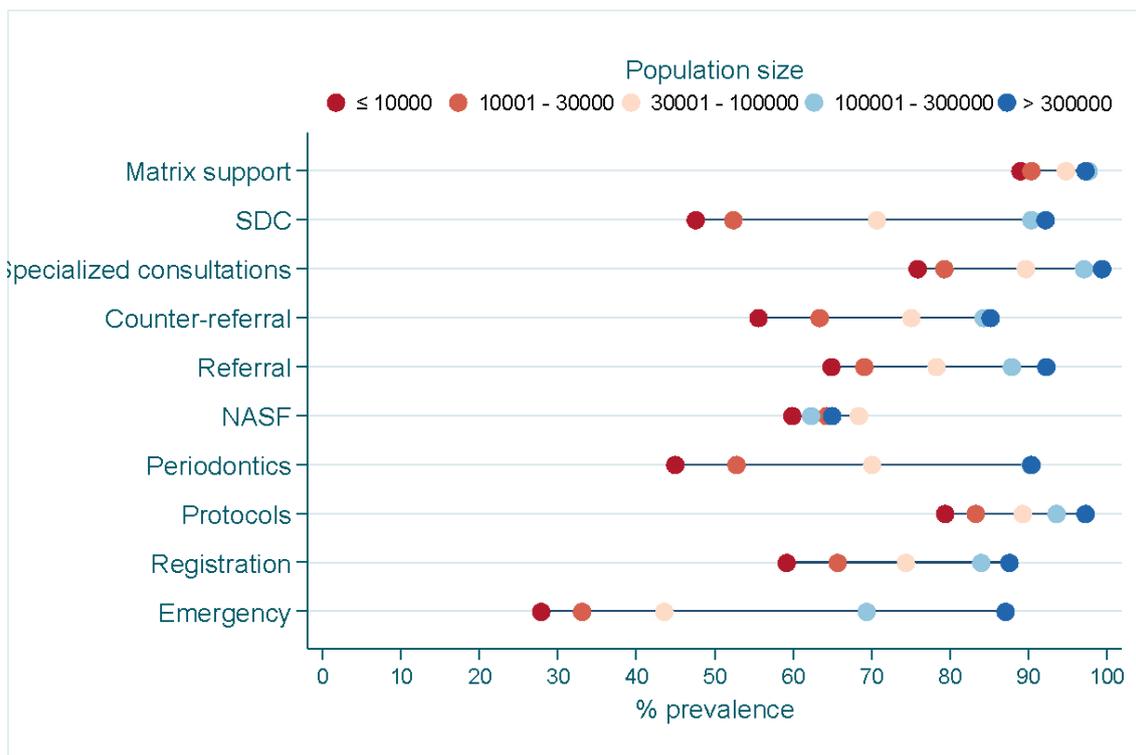


Fig 1: Matrix support for the OHT; the relationship between the OHT and other points in the health care network. PMAQ-AB, 2017/2018 (N=22,993). OHT: Oral Health Team; PMAQ-AB: Program to Improve Access and Quality of Primary Care; SDC: Specialized Dental Centres; NASF: Family Health Support Centre. Matrix Support – the OHT receives matrix support; DSC – matrix support from the DSC; Specialized Consultations – provision of specialized consultations in the health care network; Counter-referral – from the specialists of the referred users; Referral – registration of users referred to other levels of care; NASF – matrix support from the NASF; Periodontics – matrix support from the periodontics speciality; Protocols – guidance on referring patients to other levels of care; Registration – of referred patients; Emergency – service during hours when the OHT is not working.

Artigo 2

Submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Primary dental care in Brazil: The work process of dental health assistants and technicians and services provided

Clarissa Fialho Hartmann¹

César Messias de Oliveira²

Luiz Augusto Facchini¹

Elaine Tomasi¹

Elaine Thumé¹

Ana Claudia Gastal Fassa¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Brasil

²University College London, United Kingdom

Abstract

The aim of this study was to assess the work process of dental assistants and technicians, along with the provision of dental procedures and how they relate to the contextual variables: region, population size, human development index, and oral health coverage in the Family Health Strategy Program of Brazilian municipalities. A cross-sectional study was conducted with 22,993 oral health teams participating in the external evaluation of the Program for Improving and Qualifying Primary Care during its third cycle (2017). The interview with health professionals and documents from the primary health services were analysed. The descriptive analysis assessed the frequency of dental assistants and technicians in the teams and of the dental services provided, while bivariate analysis explored the relationship with contextual variables at the municipal level showing the differences in points percent and presenting it in equiplots. 20% of the teams had dental technicians, while 89% had dental assistants. Most dental procedures are universalized, less than 25% performed procedures related to oral rehabilitation/dental prostheses or had dental assistants taking radiographic images or processing films. The prevalence of services provided was generally lower in the North region, smaller municipalities, and those with lower human development index. It is necessary to guarantee financial resources to increase the number of dental technicians in the teams and to optimize the oral health teams work process. Public policies addressing the more remote regions of the country are also needed to universalize access to services and promote equity.

Keywords: Dental Health Care Services; Evaluation of Health Services; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Primary Health Care.

Introduction

In Brazil, the oral health policies were initially focused on providing care to children and pregnant women. However, this limited approach left other segments of the population without adequate services, leading to a greater emphasis on curative treatments. As a result, there is now a significant population of edentulous, who were not provided with basic preventive oral health services [1].

To change this scenario, in 2004, the Ministry of Health launched the National Oral Health Policy, consisting of a series of measures and actions for the promotion, prevention, and recovery of Brazilians' oral health. One of its guiding principles is universal access, providing care for all expressed or repressed demands, and prioritizing cases of pain, infection, and suffering [2]. This policy advocated for the reorganization of primary oral health care, expanding Oral Health Teams (OHT) in the Family Health Strategy (FHS) and specialized care, with the implementation of Dental Specialty Centres and Regional Laboratories for Dental Prosthetics (LRPD), as well as an increase in the number of municipalities with water fluoridation in the public water supply [3].

The context of the municipalities where health units are located, and the work process of OHTs' requires constant evaluation to explain the inequalities in primary oral health care. The OHT models (I: the presence of dental assistant (DA) or dental technician (DT); II: the presence of both DA and DT) influences the frequency of certain dental procedures, which are sometimes performed by the dentist or other team professionals. This varies across municipalities based on geographic region, human development index (HDI), population size, and OHT coverage in the FHS [4].

Considering the need to enhance the quality of services, the Ministry of Health launched, in 2011, the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). The initiative provided financial incentives based on health unit

performance and advancements in care quality standards. Conducted in three cycles (2011/2012, 2013/2014, and 2017/2018), the Program proposed a set of strategies for qualification, monitoring, and evaluation of the work of health teams [5].

A study with data from the first cycle of PMAQ-AB (2011) indicated that 82.4% of the OHTs had the presence of only a DA (model I), and 13.2% had both professionals (DA and DT - model II) [4]. Meanwhile, another study analysing data from the second cycle of PMAQ-AB (2013) in a specific region of the state of Rio Grande do Sul pointed out that 58.9% of primary health care units had only DA [6].

Regarding the dental procedures performed by OHT, studies show a higher prevalence (>90.0%) of topical fluoride application, extractions or restorations of deciduous teeth, and extractions of permanent teeth. However, procedures requiring more comprehensive planning and/or involving oral rehabilitation, such as those related to dental prosthesis, presented a lower prevalence (<29.0%) [7, 8].

The primary oral health care in Brazil is marked by a dearth of studies examining the work process of OHT. The third cycle of the PMAQ-AB has broadened the investigation into the roles fulfilled by DA and DT, as well as the range of dental procedures offered by OHT. In light of this, the study aims to assess, based on data from the third cycle of the PMAQ-AB, the work process of DA and DT, the provision of dental procedures in Brazilian primary health care and its relationship with the context of the municipalities where the units are located. These factors encompass region, HDI, population size, and OHT coverage in the FHS. The findings of this study will be instrumental in informing public policies aimed at addressing gaps in oral health care.

Methods

The third cycle of PMAQ-AB evaluated 42.975 basic health units throughout Brazil. This corresponds to approximately 96% of the units existing in the country at the

time. This cross-sectional study focused on 23,688 OHT adhering to the External Evaluation of the third cycle of the PMAQ-AB, which corresponds to 55% of the total adherent teams [9]. This adherence was voluntary, involving a process of local, regional, and state-level agreement, and the participation of social control through the contracting of commitments and indicators that were established between primary care teams and municipal managers, and between them and the Ministry of Health [10] (https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo/manuais-pmaq/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf/view).

The application of instruments and the management of fieldwork logistics were standardized throughout the country. The fieldwork involved over a thousand people organized into teams of about five interviewers on average, with one member serving as a supervisor, coordinated by the Department of Primary Care of the Ministry of Health and each of the eight higher education institutions leading the data collection. An electronic instrument on tablets was used, with automated submission to the Ministry of Health's central server. The interview duration and consistency checking of responses were electronically validated. Quality control was performed by supervisors.

Higher Education Institutions assisted in logistics, data collection, and the construction of the External Evaluation Program's instrument, which, in the third cycle, was organized into six modules. For the present study, Module VI was used - Interview with the OHT professional and verification of documents at the unit, evaluating three blocks of the questionnaire: OHT action offerings – dental procedures; the work process of the DA and the work process of the DT.

For the present study, the dependent variables were included according to the block "OHT action offerings – dental procedures": deciduous tooth extraction; composite resin restoration; permanent tooth extraction; topical application of fluoride; scaling, root

planning, and polishing; glass ionomer restoration; subgingival scaling; topical application of sealant; ulotomy; amalgam restoration; prosthesis cementation; prosthesis molding; and prosthesis installation. From the block "DT work process", the included variables were: OHT had DT; actions performed by DT: reception, home visit, operatory field cleaning, dental biofilm removal, dental restoration, and radiographic imaging. From the block "DA work process", the included variables were: OHT had DA; actions performed by DA: instrument cleaning, reception, home visit, radiographic film processing, selection of trays, and preparation of gypsum models. All variables were operationalized dichotomously.

The independent variables, concerning the context of the municipalities where the OHTs were located, were described as follows: geographic region - North, Northeast, Midwest, Southeast, and South; HDI according to the cut-off points of the United Nations Development Program (UNDP) [11] - very low/low (< 0.599), medium (0.600 to 0.699), high (0.700 to 0.799), and very high (0.800 to 1.0); municipality size according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) [12] - up to 10,000 inhabitants, from 10,001 to 30,000, from 30,001 to 100,000, from 100,001 to 300,000, and over 300,000 inhabitants; and municipal oral health coverage in the FHS - up to 50%, 50.1% to 74.9%, 75% to 100% [13].

Descriptive statistical analysis was conducted, estimating the prevalence of each aspect of the work process. Subsequently, a bivariate analysis was conducted to examine patterns and differences in percentage points (p.p.) across categories of contextual variables in relation to the evaluated work processes and procedures. The findings were then presented using equiplots. These analyses were carried out using the statistical package Stata 15.1 (<https://www.stata.com>).

Cycle III of the PMAQ was approved by the Research Ethics Committee (CEP)

of the Federal University of Pelotas (UFPel) under opinion number 2,453,320, dated December 27, 2017. The public database does not contain the identification of the participants to ensure confidentiality. Health professionals were informed about the research topic, and interviews were only conducted with those who agreed to participate and signed the Free and Informed Consent Form.

Results

Among the teams studied, 43.5% were located in the Northeast region, and 7.6% in the North region. Municipalities with a high HDI accounted for 38.6% of the teams, and those with very high HDI for 5.8%. Concerning population size, municipalities with 10,001 to 30,000 inhabitants concentrated 31.6% of the teams, whereas those with 100,001 to 300,000 inhabitants had 11.1% of the teams. Regarding oral health coverage in the FHS, 57.2% of the OHTs were located in municipalities with 75 to 100% coverage, and 15.9% in municipalities with 50.1 to 74.9% coverage (Table 1).

Among the teams studied, 20.3% had a DT, and 89.1% had a DA. In teams with DTs, over 80% performed reception, home visits, cleaning and antiseptic procedures in the operating field; 60% performed biofilm removal; 53% performed dental restorations, and 25% took X-rays. In teams with DAs, 98% performed cleaning, asepsis, disinfection, and sterilization of instruments, dental equipment, and the work environment; 96% performed reception; 80% performed home visits; 25% processed X-ray films; 15% selected trays, and 11% prepared plaster models (Table 2).

In terms of dental procedures available in primary health care, the study indicated that over 97% of the OHTs performed the extraction of deciduous teeth, restoration with composite resin, extraction of permanent teeth, topical application of fluoride, subgingival scaling, root planing, and polishing, and glass ionomer restorations. Additionally, between 80% and 87% of the teams performed subgingival scaling,

application of ionomeric sealant, ulotomy, and amalgam restorations. However, only 25% of the teams performed dental prosthesis cementation, 15% offered prosthetic molding, and 13% conducted prosthesis installation (Table 2).

The presence of DA varied by 11 p.p. and had a prevalence greater than 75% in all regions, being lower in the Northern region. However, the presence of DT varied by 16 p.p. and had a prevalence lower than 30% in all regions, being higher in the Northern region. The presence of DA in teams was higher in larger municipalities and those with a higher HDI, while the presence of DT was more frequent in large municipalities and those with a high HDI, but without a clear trend in other strata (Figure 1).

The processing of radiographic film and the selection of trays by DA, as well as the performance of radiographic imaging by DT, showed a variation of 24 p.p. and a frequency lower than 40% in all strata of the evaluated contextual variables. The processing of radiographic film and the selection of trays were lower in the Northern region, and the performance of radiographic imaging was lower in the Southern region. Interestingly, these items were more frequently performed in smaller municipalities, with no clear trend regarding the HDI. There was a variation of less than 9 p.p. between the strata of oral health coverage in the FHS (Figure 1).

The topical application of fluoride, extraction of deciduous and permanent teeth, dental cleaning, ionomeric restoration, and composite resin restoration were dental procedures that had a variation of less than 3 p.p., with a prevalence exceeding 95% across all strata of contextual variables (Figure 2). However, the topical application of sealant and ulotomy had a lower prevalence in the Northern region, while subgingival scaling was less common in both the Northern and Central-West regions (Figure 2). The variations in these procedures were less than 13 p.p., and prevalence remained above 70% across all strata of contextual variables.

The prevalence of amalgam restoration varied from 44% in the Northern region to 85% in the North-eastern region, indicating a 41 p.p difference, emerging as the procedure that varied the most. This procedure was less prevalent in smaller population municipalities, with an 8 p.p. variation, while its prevalence did not show a clear trend concerning the HDI, and varied by less than 5 p.p. among strata of oral health coverage in FHS (Figure 2).

The cementation, installation, and molding of prostheses showed variations between 11 and 26 p.p. among regions, with the Northern region displaying the lowest prevalence rates, falling below 9%. These procedures were more frequent in smaller cities, although they reached a maximum prevalence of 32% and did not show a clear trend concerning the HDI. Despite a variation of less than 6 p.p. between strata of oral health coverage in FHS, municipalities with higher coverage had higher prevalence.

Discussion

The study showed that the inclusion of DA in OHT is very high, while the inclusion of DT is still incipient. Extractions, composite resin and/or glass ionomer restorations, fluoride and dental sealant applications, and supra and subgingival scaling are procedures that are universalized in the oral health care network. However, fewer than one in four OHTs performed procedures related to oral rehabilitation/dental prostheses. Ulotomy/ulectomy and amalgam dental restorations were the procedures that showed the greatest variations in prevalence among regions. The prevalence of evaluated oral health care actions and the presence of DA in teams were generally lower in the Northern region. Municipal size and HDI showed a direct relationship with the outcomes in most cases. Oral health coverage in the FHS did not show a clear trend, with a direct relationship with most aspects of offering dental procedures and an inverse relationship with most aspects of the DT and DA work process.

As per the Dental General Council resolution 63/2005, the DAs are authorized to perform basic dental prosthesis actions which include selecting trays and preparing plaster models. However, most OHTs do not provide procedures related to dental prosthetics. This leads to the underutilization of the skills of these professionals, as their work is mostly limited to cleaning instruments and welcoming patients [14]. In Brazil, the legal recognition and regulation of the professional practice of the DT occurred in 2008 with Law 11.889 [15]. Data from the first cycle of PMAQ-AB highlights the potential of this professional, indicating that teams with DT had a frequency of conservative dental procedures 1,15 times higher than those without DT or DA [4]. The absence of DT in the OHT, therefore, limits the provision of services. Additionally, the number of trained DTs in Brazil is lower than that of DAs, restricting the availability of this professional [16, 17].

The role of the DT in the OHT is often restricted by teamwork difficulties and a lack of resources. Studies show that it is common for dentists not to delegate tasks to the DT for which they would be qualified. This may occur due to the dentist's lack of understanding of their supervisory role, lack of time to supervise the DT, or lack of knowledge about the DT's responsibilities in the OHT [17, 18]. The non-performance of dental radiography, which is an essential resource for oral health diagnosis and the prevention of extractions [14], may result from both the non-delegation of the task to the DT and a lack of resources or equipment, either due to non-existence or defects.

The installation of dental prostheses and the establishment of LRPD are key parts of the National Oral Health Policy. The Ministry of Health has accredited around 3,244 LRPDs [2, 19]. Prosthetic rehabilitation aims to restore masticatory function and partially or completely restore facial aesthetics, providing a better quality of life and reducing the consequences of edentulism, as tooth loss influences psychological and social well-being

[20]. This study found that most OHTs did not make any dental prostheses. This is consistent with the findings from the second cycle of the PMAQ-AB, which showed that teams with a higher likelihood of making dental prostheses were those that had all members of the OHT and trained students in dental outreach programs [21]. Another study conducted in the state of Minas Gerais indicated that many OHTs often did not carry out the clinical phase of dental prosthesis installation due to the lack of a reference LRPD [22].

Ulotomy and/or ulectomy are easily performed procedures aimed at facilitating the eruption of a tooth, requiring simple infrastructure for their execution [23]. However, to determine if there is an indication for these techniques, proper diagnosis and radiographic examination are necessary [24]. Thus, limitations in diagnostic capacity, lack of availability of radiographic exams in the service, or the choice of alternative procedures, such as tooth extractions themselves, may explain the low provision of these procedures by OHTs.

Restorative procedures with dental amalgam have been gradually replaced by those using composite resin. In September 2017, the National Health Surveillance Agency (ANVISA) banned nationwide the manufacturing, importing, and commercialization, as well as the use in health services, of mercury and non-encapsulated amalgam alloy powder indicated for use in dentistry. However, the encapsulated form remains allowed [25]. Some authors believe that amalgam is still the universally preferred material for restorations in posterior teeth with extensive caries because it has a lower cost and better prognosis when compared to composite resins, justifying its use in terms of effectiveness and efficiency in public health [26]. However, other authors consider that these restorations do not meet aesthetic standards, require greater tooth wear during preparation, and have the disadvantage of using mercury in their alloy, which is a highly

polluting heavy metal. Therefore, it is more advisable to universalize the use of composite resins [27]. This replacement seems to be occurring because there was a reduction in the use of amalgam in the third cycle of PMAQ-AB compared to the prevalence of 70% of this procedure found in the first cycle.

Brazil's locoregional disparities are reflected on healthcare network structure, resulting in inequity in access to care. The Northern region has areas that are more challenging to access, such as rural and riverside communities in the Amazon region. This makes it difficult to integrate primary care into the healthcare system [4, 28, 29]. This is exacerbated by the fact that the Northern region has the lowest coverage of oral health and the availability of human resources in oral health [29]. To change this reality, the first version of the National Primary Care Policy (PNAB) in 2006 underwent updates in 2011 and 2017, seeking to expand the FHS and increase the receipt of federal funds by municipalities, favouring those further away from urban centres [30].

It is noteworthy that there was greater availability of DT in OHTs in the Northern region, albeit infrequent. This region has the modality of Riverside Family Health Teams (ESFR) and River Family Health Teams (ESFF), in the Legal Amazon and the Pantanal in Mato Grosso do Sul, redefined by Ordinance No. 837, 2014, of the Ministry of Health. In these modalities, teams can have a dentist and DA or DT, and they must reside in the area of operation [31]. On the other hand, consistent with the findings of this study, the results of the first cycle of the PMAQ-AB also indicated that in more developed municipalities with better sanitary conditions, teams more frequently had DT, indicating the importance of resource availability for the inclusion of this type of professional in the OHT [16].

The limited coverage and unequal distribution of LRPDs in the Northern region exacerbates the access difficulties, which may be related to the lower provision of dental

prosthesis in the OHT [29]. This exemplifies the law of inverse care because the Northern region concentrates 46% of individuals in need of prosthesis [32, 33]. Additionally, the lower provision of dental prosthesis procedures in the OHT of larger municipalities may be related to assigning this activity to the Dental Specialty Centre, which does not occur in smaller municipalities without it. Although the Ministry of Health does not define a minimum population base to accredit an LRPD in municipalities, its implementation in smaller municipalities is restricted because they often struggle to reach the minimum production requirement. Assigning the provision of dental prosthesis procedures to the Dental Specialty Centre represents a barrier to access for the population and an unnecessary burden for the reference service [19, 21, 22, 34]. Regarding restorative procedures, the lower use of amalgam in municipalities with higher HDI suggests that the replacement of this procedure with composite resin is faster in municipalities with more resources [4].

The present study conducted a national assessment of the work process of the OHT in the FHS, with a large sample and high response rate. The information collected was self-reported by the teams, which should not have generated information bias regarding the composition of the teams but may have overestimated the procedures offered. It was not possible to track the changes in dental procedures offered over time as these variables were not assessed in previous cycles of PMAQ-AB.

PMAQ-AB stood out as an essential tool, with comprehensiveness and methodological rigor for evaluating the access and quality of Primary Care. The Program was discontinued, however, it is essential to resume comprehensive assessments on access, quality and equity of primary care services, including a set of variables that allow monitoring over time, to support health policies.

Conclusions

The findings of this study indicate the need to increase the number of DTs in the OHT of the FHS and the need to optimize the presence of DAs and DTs in teams so that they can perform all required duties. Thus, it is crucial to have financial resources for maintaining complete teams, providing training for teamwork, promoting knowledge about the role of each professional, and ensuring that units have adequate equipment, instruments, and supplies, as well as the possibility of referral to reference services such as LRPD and Dental Specialty Centre.

The availability of dental radiographs in the FHS can increase the performance of operative techniques such as ulotomy and/or ulectomy in primary care and reduce unnecessary tooth extractions. These procedures, along with the expansion of procedures related to oral rehabilitation/prosthetic dentistry, can prevent unnecessary referrals to Dental Specialty Centres.

The policy of eliminating the use of dental amalgam aims to ensure toxicological safety. Therefore, it is crucial to promote the universal adoption of composite resin for restorative procedures, as it provides a better cosmetic appearance for the teeth. To achieve this goal, it is essential to promote this policy within educational institutions and train oral health professionals in the appropriate techniques for this type of procedure.

An assessment of OHTs that do not have an LRPD of reference could highlight areas where reinforcing this policy is necessary. Furthermore, it is essential to create effective strategies that can reduce inequities in access to health services. This can be achieved by improving the flow in the healthcare network and establishing regional agreements to better serve remote areas, such as those in the Northern part of the country, small municipalities, and regions with a low HDI.

Abbreviations

PMAQ-AB: Programme for Improvement of Access and Quality in Primary Care; OHT:

Oral Health Team; FHS: Family Health Strategy; LRPD: Regional Dental Prosthesis Laboratory; DA: Dental Assistant; DT: Dental Technician.

References

1. Pucca Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009;23(Spec Iss 1):9-16.
2. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2016.
4. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019; 24(5):1809-1820.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. Brasília, 2012.
6. Júnior OLA, Fagundes MLB, Menegazzo GR, Tôrres LHN, Giordani JMA. Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ. *Tempus, actas de saúde col.* 2020; 14(1), 143-159.
7. Gonçalves AJG, Pereira PHS, Monteiro V, Silva-Junior M, Baldani MH. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Saúde Debate.* 2020; 44: 725-38.
8. Baumgarten A, Hugo FN, Bulgarelli AF, Hilgert J.B. Curative procedures of oral health and structural characteristics of primary dental care. *Rev Saúde Pública.* 2018; 32-5.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 874 de 10 de maio de 2019 atualiza a primeira lista e elenca as equipes AB e NASF-AB que faltavam.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento De Avaliação Externa Do Saúde Mais Perto De Você – Acesso E Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – Brasília, 2017.
11. PNUD. IPEA. FJP. O índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Série atlas do desenvolvimento humano no Brasil – 2013.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010.
13. Ministério da Saúde. Informação e gestão da atenção básica. (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>, accessed on 23/10/2022).
14. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos De Odontologia. Aprovada pela Resolução CFO-63/2005.
15. Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

16. Martins PHS, Júnior OLA, Silva DDF, Torres LHN, Unfer B, Giordani JMA. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatos*. 2017, 23(45).
17. Abelsen B, Olsen JA. Task division between dentists and dental hygienists in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36:558-66.
18. Aguiar DML, Tomita NE, Machado MFAS, Martins CL, Frazão P. Oral health technicians in Brazilian primary health care: potentials and constraints. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(7):1560-70.
19. Ministério da Saúde. *Passo a Passo Laboratórios Regionais de Prótese Dentária*. Brasília, 2022.
20. Shahaghian S, Taghva M, Abduo J, Bagheri R. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários de próteses parciais removíveis e fatores relacionados. *J Reabilitação Oral*. 2015; 42-8.
21. Cunha MA, Vettore MV, Santos TR, Matta-Machado AT, Lucas SD, Abreu MHNG. O papel dos fatores organizacionais e dos recursos humanos na oferta de prótese dentária na atenção odontológica primária no Brasil. *Internacional J Meio Ambiente. Res. Saúde Pública*. 2020; 17(5): 1646.
22. Guimarães MRC, Pinto RS, Amaral JHL, Vargas AMD. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. *Rev Odontol UNESP*. 2017; 46(1): 39-44.
23. Arnaud RR, Santos MGC, Valença AMG, Forte FDS, Lima KJRS, Beltrão RTS. Ulotomia: coadjuvante do tratamento da má oclusão. *RFO, Passo Fundo*. 2014;19(2): 234-8.
24. Cavalcanti AL, Paiva LCA. Utilização da Ulectomia na Clínica Infantil: Relato de Caso. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*. 2006; 12(3): 39-42.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Diretoria Colegiada. Resolução N° 173, de 15 de setembro de 2017. Proíbe em todo o território nacional a fabricação, importação e comercialização, assim como o uso em serviços de saúde, do mercúrio e do pó para liga de amálgama não encapsulado indicados para uso em Odontologia.
26. Moraschini V, Fai CK, Alto RM, Dos Santos GO. Amalgam and resin composite longevity of posterior restorations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of dentistry*. 2015; 43(9), 1043-50.
27. Scalzo MTA, Gonzaga AT, Matta-Machado MHN, Abreu G, Martins RC. Structural characteristics of oral health services in Brazilian Primary Health Care. *Braz. Oral Res*. 2021;35:e023.
28. Pinto HA, Andrezza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AAC. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1):e170960.
29. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(3):e2017170.
30. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.
31. Ministério da Saúde. Portaria N° 837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes

- de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense.
32. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-12. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x)
 33. Santos HLF, Nóbrega TVD, Santos ME, Toscano RL, Araújo TP, Padilha WWN. Oferta de próteses dentárias na rede pública do Brasil no período de 2010 a 2020. *Revista de Iniciação Científica*. 2021. 19(2): 5-14. ISSN 1677-3527.
 34. Ministério da Saúde. Portaria nº 1570, de 29 de janeiro de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2004.
 35. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Estabelece a implementação do Programa Previne Brasil, que altera o financiamento da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2019. Seção 1, p. 87. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227983464>. Acesso em: 28 mar. 2025.

Table 1 – Distribution of the Oral Health Teams according to municipalities' characteristics, PMAQ-AB, Brazil, 2017.

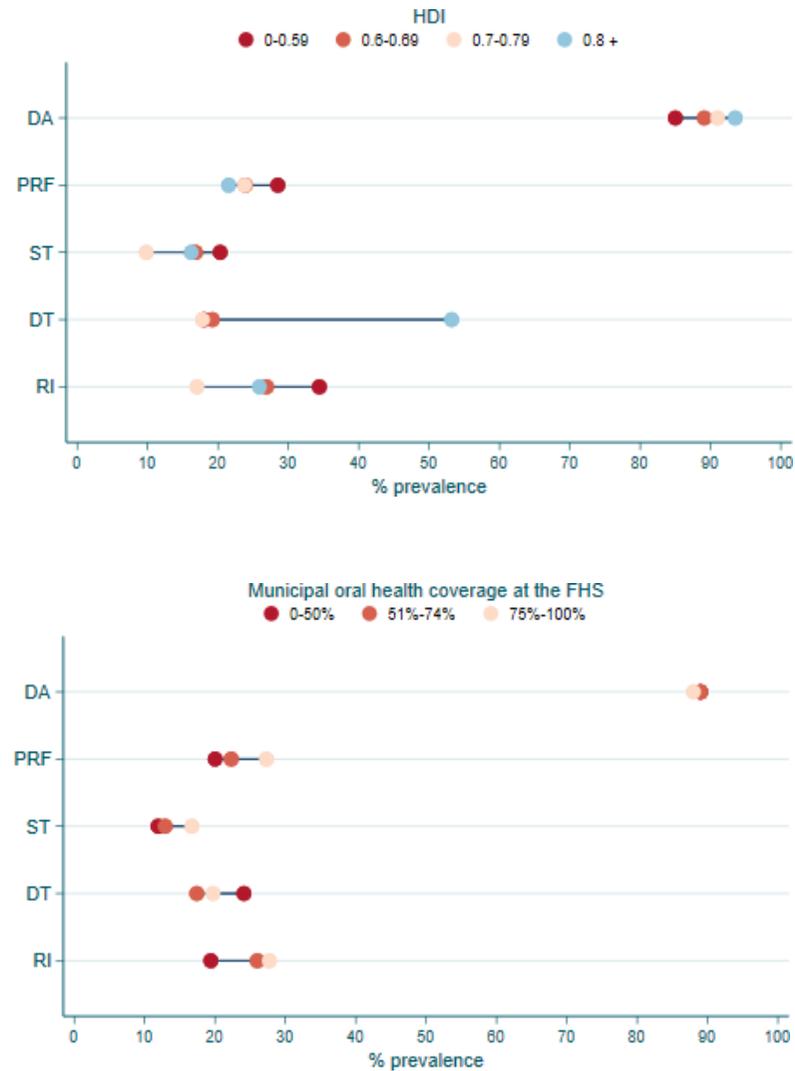
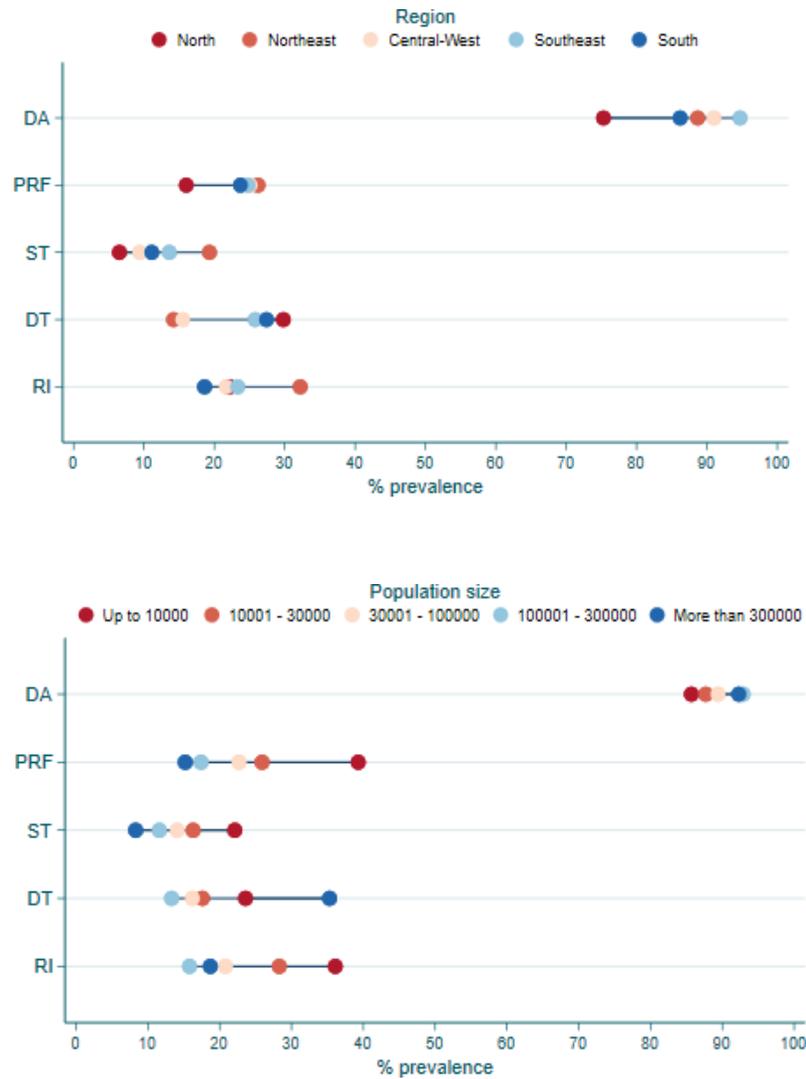
Variable	N	%
Region		
North	1943	7.6
Northeast	11198	43.5
Central-West	2033	7.9
Southeast	7056	27.4
South	3490	13.6
Human Development Index (HDI)		
<0.599	5453	21.3
0.600 – 0.699	8746	34.2
0.700 – 0.799	9869	38.6
0.800 - 1	1483	5.8
Demographic size		
<10,000	4376	17.1
10,001 – 30,000	8084	31.6
30,001 – 100,000	5989	23.4
100,001 – 300,000	2826	11.1
≥300,000	4276	16.7
Oral Health Coverage in FHS (%)		
≤50	6882	26.9
50.1 – 74.9	4052	15.9
75 - 100	14617	57.2

FHS: Family Health Strategy.

Table 2 - Work process and dental procedures offered by Oral Health Teams, PMAQ-AB, Brazil, 2017.

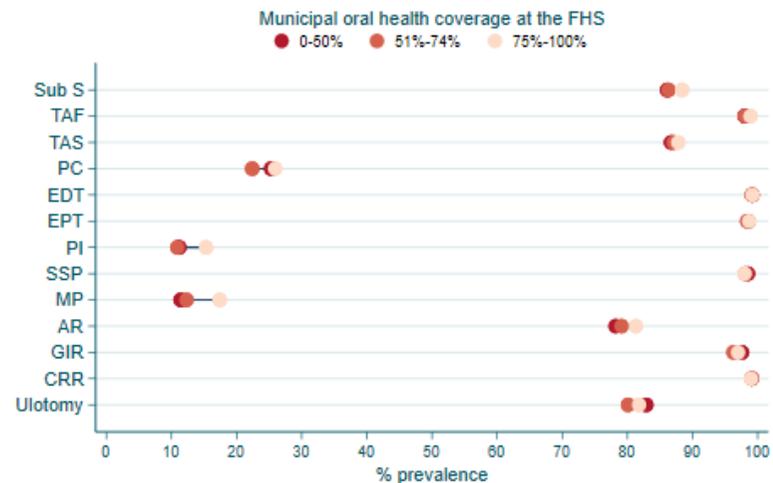
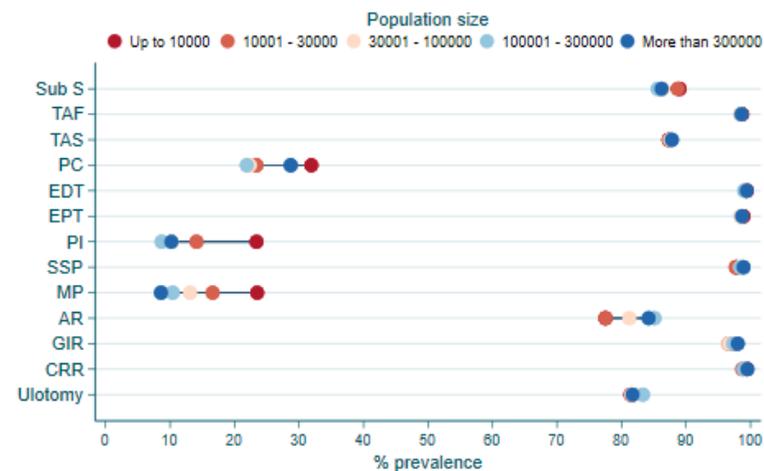
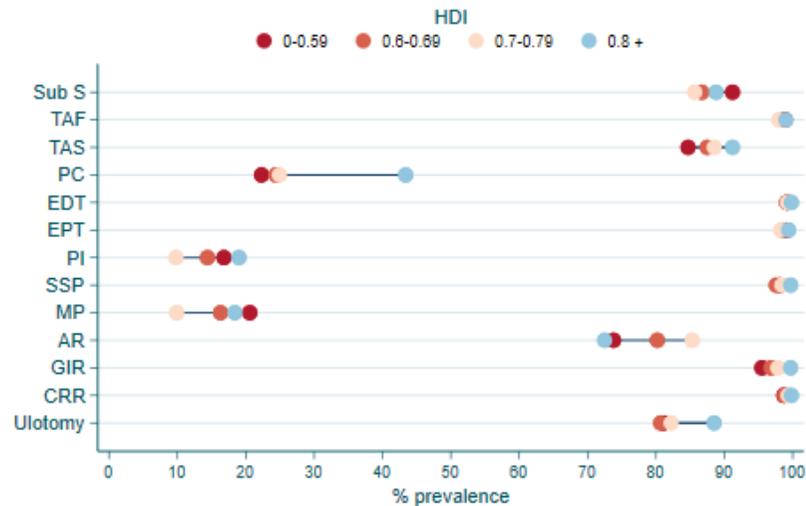
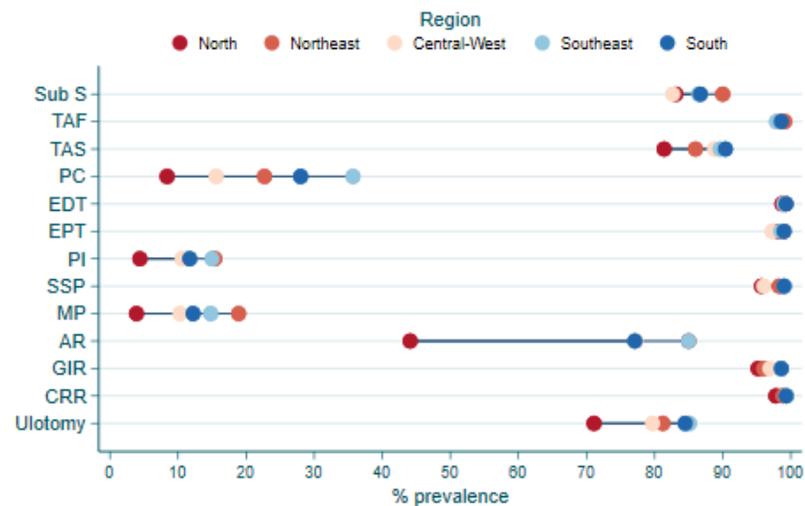
Work process of DA and DT	%
OHT had DA	89.1
Actions performed by DA:	
Cleaning of instruments	98.4
Reception	96.4
Home visits	80.1
Processing of radiographic film	24.8
Selection of trays	14.9
Preparation of plaster models	11.3
OHT had DT	20.3
Actions performed by DT:	
Reception	95.2
Home visits	82.2
Cleaning of operative field	81.4
Removal of dental biofilm	60.1
Dental restoration	53.3
Radiographic imaging	25.0
Offer of team actions - dental procedures	
Extraction of deciduous tooth	99.2
Composite resin restoration	99.0
Extraction of permanent tooth	98.6
Topical application of fluoride	98.5
Scaling, smoothing, and polishing	98.1
Glass ionomer restoration	97.0
Subgingival scaling	87.5
Topical application of sealant	87.4
Ulotomy	81.8
Amalgam restoration	80.2
Prosthesis cementation	25.2
Molding for prosthesis	15.1
Prosthesis installation	13.5

DA: dental assistant; DT: dental technician.



Note: The prevalence of DT is 18% for low HDI and 17.8% for high HDI.

Fig 1: Work of DAs and DTs according to contextual variables. Cycle 3 of PMAQ-AB, Brazil. (DA: dental assistants; PRF: processing of radiographic film; ST: selection of trays; DT: dental technicians; RI: radiographic imaging).



Note: The prevalence of amalgam restoration is the same for the region south and central-west (77%) and northeast and southeast (85%).

Fig 2: Dental procedures offered by the teams. Cycle 3 of PMAQ-AB, Brazil.

Sub S: subgingival scaling; TAF: topical application of fluoride; TAS: topical application of selant; PC: prosthesis cementation; EPT: extraction of permanent tooth; EDT: extraction of deciduous tooth; PI: prosthesis installation; SSP: scaling, smoothing, and polishing; MP: molding for prosthesis; AR: amalgam restoration; GIR: glass ionomer restoration; CRR: composit resin restoration.

Artigo 3

Submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva

Organização dos prontuários e agenda para a atenção em saúde bucal no Brasil: Uma análise do terceiro ciclo do PMAQ-AB

Clarissa Fialho Hartmann¹
Luiz Augusto Facchini¹
Elaine Tomasi¹
Elaine Thumé¹
Anaclaudia Gastal Fassa¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Organização dos prontuários e agenda para a atenção em saúde bucal no Brasil: Uma análise do terceiro ciclo do PMAQ-AB

RESUMO

A organização adequada dos prontuários e do sistema de agendamento das consultas podem promover o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. O objetivo deste estudo foi avaliar a organização dos prontuários e agendas das equipes de saúde bucal (ESB), de acordo com o contexto dos municípios. Realizou-se um estudo transversal, em 2018, com 22.993 ESB participantes do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. O estudo indicou que 80% das ESB tinham a ficha clínica odontológica integrada ao prontuário do paciente, mas somente 11% usavam exclusivamente prontuário eletrônico (PE). Mais da metade das ESB realizavam o agendamento da primeira consulta no consultório odontológico, enquanto 81% agendavam a continuidade do tratamento no final da consulta anterior. No Norte e Nordeste e em municípios de menor IDH, o uso de PE é menos frequente, mas os agentes comunitários de saúde atuam mais no agendamento da primeira consulta odontológica. O estudo reforça a necessidade de computador, internet e PE de qualidade para avançar na informatização dos registros, bem como da formação das ESB em saúde da família para ampliar a integração com a equipe de atenção básica.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Serviços de saúde bucal; Atenção primária.

ABSTRACT

The proper organization of patient records and the appointment scheduling system can promote universal and equitable access to healthcare services, comprehensiveness, and longitudinality of care. The aim of this study was to evaluate the organization of patient records and schedules of oral health teams (OHT), according to the context of the municipalities. A cross-sectional study was conducted in 2018, with 22,993 OHTs participating in the third cycle of the Program for Improving Access and Quality in Primary Health Care. The study indicated that 80% of the OHTs had the dental clinical record integrated into the patient's health record, but only 11% used exclusively electronic health records (EHR). More than half of the OHTs scheduled the first consultation at the dental office, while 81% scheduled the continuation of treatment at the end of the previous appointment. In the North and Northeast regions, and in municipalities with lower Human Development Index, the use of EHR is less frequent, but community health agents are more involved in scheduling the first dental consultation. The study highlights the need for computers, internet, and quality EHR systems to advance the digitization of records, as well as training for OHTs in family health to enhance integration with the primary health care team.

Keywords: Healthcare service evaluation; Oral health services; Primary health care.

Introdução

Formas adequadas de organização dos prontuários de saúde e um bom sistema de agendamento de consultas são importantes para promover o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. A integração entre o prontuário da Atenção Básica (AB) e o odontológico, assim como a implementação do prontuário eletrônico (PE), facilitam o acesso ao histórico completo e atualizado do usuário, a comunicação entre profissionais, o monitoramento de tratamentos e a tomada de decisões clínicas adequadas, contribuindo para a eficiência na gestão de recursos e para a qualidade da atenção à saúde bucal [1-4]. O agendamento da primeira consulta pela recepção do serviço ou pelo agente comunitário de saúde (ACS) e a garantia da continuidade do tratamento pelo agendamento na consulta anterior promovem a atenção oportuna aos usuários dos serviços de saúde bucal, estimulando um melhor equilíbrio entre a demanda espontânea e a demanda programada [5].

A organização dos prontuários pode ser facilitada pela informatização dos serviços de saúde e pela adoção do PE. A Portaria nº 2.546/2011 estabeleceu diretrizes para a implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que é uma ferramenta fundamental do e-SUS, permitindo o registro eletrônico das informações dos pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS), promovendo a melhoria na gestão dos serviços de saúde e no acompanhamento do atendimento prestado à população [6]. No entanto, a informatização dos serviços ainda é incipiente e apresenta desigualdades regionais. Um estudo que analisou a estrutura de informatização de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil, com dados coletados entre 2012 e 2018, indicou que a Região Sul tinha as maiores proporções de tecnologias da informação e comunicação em saúde (TICS), com 35,8% em 2018. A Região Norte obteve a menor disponibilidade

desses equipamentos, com 6,0% no mesmo ano [7].

A integração do agendamento de consultas odontológicas com os processos gerais da AB ainda é um desafio [8,9]. As equipes de saúde bucal (ESB) foram inseridas nas UBS somente a partir de 2000, com a criação do Programa Brasil Sorridente, quando foi ampliado o número dessas equipes [10]. Um estudo de abrangência nacional, com dados de 2014, indicou que 66,3% das ESB compartilhavam a agenda com a equipe de atenção básica (EAB), e 91,9% garantiam retorno para continuidade de tratamento, mas apenas 62% comprovaram a conclusão do tratamento para todos os usuários [11].

Alguns estudos avaliaram a informatização do serviço, mas não avançaram sobre o reflexo disso na organização dos prontuários em saúde bucal [1-3; 7-9]. Outros estudos investigaram o compartilhamento da agenda, mas a garantia de continuidade do tratamento foi analisada em relação à EAB e não especificamente para a ESB [11], indicando a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a organização de prontuários e da agenda de saúde bucal nas UBS.

O PMAQ-AB, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde para incentivar a melhoria da qualidade dos serviços, promoveu incentivos financeiros para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) conforme seu desempenho, em seus três ciclos (2011/2012, 2013/2014 e 2017/2018). O terceiro ciclo do PMAQ-AB conta com um módulo detalhado sobre o processo de trabalho em saúde bucal [12]. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a organização dos prontuários e agendas das ESB e sua relação com a região, o IDH, o porte populacional e a cobertura de saúde bucal dos municípios brasileiros.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, utilizando como unidade de análise as ESB incluídas no terceiro ciclo do PMAQ-AB (2018). O Programa foi realizado em três fases: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização. O presente estudo utilizou dados da Avaliação Externa, que foi realizada com o apoio de Instituições de Ensino Superior que auxiliaram na construção do instrumento, logística e coleta de dados. A certificação das equipes foi coordenada de forma tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) [12].

A adesão das equipes ao Programa ocorreu de forma voluntária, em um processo que envolveu pactuação local, regional e estadual mediante contratualização de compromissos que foram firmados entre as EAB com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde [12]. Das 42.975 equipes que aderiram ao Programa, 23.688 (55%) eram de atenção básica com saúde bucal [13].

O trabalho de campo foi coordenado pelo Departamento de Atenção Básica - DAB do Ministério da Saúde e por cada uma das oito instituições que lideraram a coleta de dados. O trabalho envolveu mais de 1000 pessoas organizadas em equipes compostas por cinco entrevistadores, em média, com um dos membros exercendo o papel de supervisor. A aplicação dos instrumentos e condução da logística do trabalho de campo foi padronizada em todo país. Para a coleta de dados foi utilizado instrumento eletrônico em *tablets*, com envio automatizado ao servidor central do Ministério da Saúde. A duração da entrevista e checagem da consistência das respostas foram validadas eletronicamente. Os supervisores realizaram o controle de qualidade.

Foram utilizadas as variáveis do módulo VI - Entrevista com profissional da ESB e verificação de documentos na Unidade, com foco na avaliação do processo de trabalho

da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários [12]. Neste estudo avaliou-se a organização dos prontuários e a organização da agenda da ESB incluindo as seguintes variáveis:

- 1) Organização dos prontuários: Ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário (sim; não); Meio de registro das informações de saúde (só papel; papel e eletrônico; só eletrônico); Tipo de prontuário (PE do cidadão/PEC do e-SUS AB ou PE próprio); ESB recebia qualificação ou capacitação para utilização do PE (sim, todos da equipe; sim, alguns da equipe; não); Disponibilidade de canal para sanar dúvidas da ESB sobre a utilização do PE (sim; não); Canais utilizados (colegas de trabalho; gestão municipal; materiais de apoio; Telessaúde).
- 2) Organização da agenda: Principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica (no próprio consultório; na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais; pelos agentes comunitários de saúde; outra); Principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico (no final da consulta anterior; pelo usuário na UBS/agendada posteriormente; era solicitado ao usuário que fosse à UBS no dia de marcação de consulta para saúde bucal/sem agendamento prévio; pela ESB e depois comunicada para o usuário; no dia da consulta era preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento; outra).

As variáveis independentes foram as características de contexto dos municípios onde as UBS estavam localizadas, incluindo: macrorregião geopolítica - Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; IDH-M segundo pontos de corte do Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD, 2013) - muito baixo/baixo (< 0,599), médio (0,600 a 0,699), alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1,0); porte do município

segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) - até 10.000 habitantes, de 10.001 a 30.000, de 30.001 a 100.000, de 100.001 a 300.000 e mais de 300.000 habitantes e cobertura de saúde bucal na ESF - até 50%; 50,1% a 74,9%; 75% a 100% (Ministério da Saúde. Informação e gestão da atenção básica. (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>, acessado em 23/Out/2022).

Foi realizada a análise estatística descritiva, com a estimativa das prevalências de cada item do processo de trabalho. A seguir realizou-se a análise bivariada examinando cada item do processo de trabalho em relação às variáveis de contexto utilizando o pacote estatístico Stata 15.1 (<https://www.stata.com>).

O projeto de Avaliação Externa do Ciclo III do PMAQ foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) pelo parecer número 2.453.320, de 27 de dezembro de 2017. Os profissionais de saúde foram informados sobre o tema da pesquisa e somente concederam a entrevista aqueles que concordaram em participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 descreve os fatores relacionados ao processo de trabalho das ESB brasileiras com foco na organização do prontuário e organização das agendas, das 22.993 ESB participantes. Observou-se que em 80% das ESB a ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário. Quanto à forma de registro, 65% das equipes realizavam o registro em papel, 24% utilizavam papel e sistema eletrônico e 11% tinham o registro completamente informatizado. Das ESB que utilizavam o prontuário eletrônico, 61% utilizavam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB) e as demais utilizavam

um prontuário eletrônico próprio. Em 53% das ESB todos da equipe receberam qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico do cidadão e em 16% somente alguns membros da equipe receberam capacitação. Das ESB que utilizavam prontuário eletrônico, 97% tinham um canal para sanar dúvidas, das quais 80% resolvia com colegas de trabalho e/ou a gestão municipal e cerca de 40% com material de apoio e/ou Telessaúde.

Tabela 1 - Processo de trabalho e organização da atenção em saúde bucal das ESB participantes do ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2017/2018 (N=22.993).

<i>Eixos</i>	%
Organização dos prontuários na Unidade de Saúde	
Ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário¹	80,2
Meio de registro das informações de saúde	
Só papel	64,7
Papel e eletrônico	24,0
Só eletrônico	11,3
Tipo de prontuário²	
PE do cidadão (PEC) do e-SUS AB	60,7
PE próprio	39,3
ESB recebia qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico³	
Sim, todos da equipe	53,0
Sim, alguns da equipe	16,8
Não	30,2
Disponibilidade de canal para sanar dúvidas da ESB sobre a utilização do PE	97,0
Canais utilizados	
Colegas de trabalho	81,1
Gestão municipal	80,7
Materiais de apoio	48,0
Telessaúde	37,8
Organização da agenda e oferta de ações da equipe	
Principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica	
No próprio consultório odontológico	51,9
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	29,2
Pelo agente comunitário de saúde	17,2
Outra	1,6
Principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico	
No final da consulta anterior	81,0
Pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	7,6
Era solicitado ao usuário que fosse à UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)	5,1
Pela ESB e depois comunicada para o usuário	2,9
No dia da consulta era preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	1,6
Outra	1,8

ESB: Equipe de Saúde Bucal; PE: Prontuário Eletrônico; UBS: Unidade Básica de Saúde.

¹ 291 valores missing. ² somente prontuário eletrônico (n=8.122). ³ n=4.929

Quanto à organização da agenda, em mais da metade das equipes, o agendamento da primeira consulta ocorria no próprio consultório odontológico, enquanto 29% eram

realizadas na recepção da UBS e 17% pelo agente comunitário de saúde. Em 81% das ESB a marcação da consulta para a continuidade do tratamento odontológico era realizada no final da consulta anterior, mas em 7% das equipes o usuário tinha que agendar posteriormente e em 5% das equipes o usuário tinha que comparecer à UBS em dia específico de marcação de consulta odontológica (Tabela 1).

Das ESB avaliadas 43,5% eram da região Nordeste e 7,6% eram da região Norte (Tabela 2). Menos de 76% das ESB do Centro-Oeste, Sudeste e Norte tinham a ficha odontológica integrada ao prontuário do usuário, nas demais regiões o percentual foi superior a 84%. A utilização de prontuário exclusivamente eletrônico variou de 6,1% no Nordeste a 32,8% no Sul. Entre os que têm prontuário eletrônico no Norte e Nordeste, mais de 90% usam o prontuário eletrônico do cidadão, enquanto mais da metade no Sudeste e Sul utilizam prontuário próprio. No Norte, em 41,5% das ESB todos os profissionais receberam capacitação para o uso do prontuário eletrônico, enquanto no Nordeste este percentual foi de 66,1%. Os colegas de trabalho e a gestão municipal foram os principais canais para tirar dúvidas sobre prontuário eletrônico em todas as regiões, enquanto o uso do Telessaúde para este fim variou entre 22,3% no Norte e 56,7% no Sul. Em todas as regiões a principal forma de agendamento da primeira consulta foi no próprio consultório odontológico, variando entre 45,1% no Nordeste e 61,9% no Sul, enquanto o agendamento da continuidade do tratamento na consulta anterior foi de 73% no Norte e Nordeste e mais de 80% nas demais regiões.

Os municípios com IDH baixo somaram 21,3% das equipes e os com IDH médio, 34,2% (Tabela 3). A utilização de prontuário exclusivamente eletrônico cresceu com o aumento dos estratos de IDH, variando de 5,8% no estrato mais baixo até 28,9% no mais alto. Entretanto, o uso do PEC do e-SUS, entre as ESB que utilizavam prontuário eletrônico, diminuiu com o aumento do IDH sendo de 95% no IDH baixo e 20,1% no

IDH muito alto. Em 37,7% das equipes de municípios com IDH baixo o agendamento da primeira consulta ocorria dentro do próprio consultório odontológico, enquanto nos demais estratos a prevalência era superior a 50%. Entretanto, o estrato de IDH baixo teve a maior proporção de agendamento pelo agente comunitário de saúde (29,1%). A marcação da consulta para continuidade do tratamento no final da consulta anterior cresceu com o aumento do IDH variando entre 70,2% nos de baixo IDH e 92,4% nos de muito alto IDH (92,4%).

Quanto ao porte populacional, 48,7% das ESB avaliadas estavam em municípios com até 30.000 habitantes, enquanto 27,8% eram de municípios com mais de 100.000 habitantes. As equipes de municípios com até 10.000 habitantes tiveram a menor proporção de ficha clínica compondo o prontuário do usuário (74,1%), enquanto nos demais estratos esta medida foi superior a 80%. O uso de prontuário eletrônico foi menor nos municípios de médio porte (6,3%) e maior nos de maior porte (20,7%). O uso de PEC do e-SUS entre quem tinha prontuário eletrônico diminuiu com o aumento do porte populacional, variando entre 77,5% nos de menor porte e 70,2% nos de maior porte. Nos municípios com até 30.000 habitantes e mais de 300.000 habitantes em cerca de 30% das equipes, nenhum profissional tinha recebido capacitação sobre prontuário eletrônico, enquanto nos estratos de porte médio o percentual era de 25%. Em municípios de menor porte os colegas de trabalho eram o principal canal para sanar dúvidas sobre utilização do PE, enquanto nos de maior porte era a gestão. Nos municípios com até 100.001 habitantes 40% dos profissionais utilizavam o Telessaúde para sanar dúvidas enquanto nos de mais de 100.000 habitantes esse percentual era de 29%. Em municípios com menos de 100.001 habitantes a participação do agente comunitário de saúde no agendamento da primeira consulta odontológica foi maior que 15%, enquanto nos municípios maiores não atingiu 11%. A marcação na consulta anterior foi a principal forma de marcação da continuidade

do atendimento odontológico para cerca de 87% das ESB de municípios com mais de 100.000 habitantes para aproximadamente 80% nas de municípios com menos de 100.001 habitantes.

A maioria dos aspectos estudados tiveram uma variação menor que cinco pontos percentuais de acordo com os níveis de cobertura de saúde bucal nos municípios. Entretanto, nos municípios com cobertura maior de 50%, o uso de prontuário eletrônico em papel foi de 67% enquanto nos municípios com menor cobertura foi de 58%. O uso do prontuário eletrônico do cidadão aumentou com o aumento da cobertura sendo 42,3% na cobertura mais baixa e 70% na mais alta. A qualificação ou capacitação de todos os membros da equipe para utilização do prontuário eletrônico aumentou de 46,5% na situação de menor cobertura de ESB para 55,5% na situação de maior cobertura. O uso do telessaúde para sanar dúvidas foi de 28,5% nos municípios com cobertura de saúde bucal menor de 51% e de cerca de 40% nos que tinham maior cobertura. O agente comunitário de saúde foi a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica para 20% das ESB em municípios com cobertura de saúde bucal maior do que 75% e de 12% nos de cobertura menor do que 75%.

Discussão

O estudo apontou um alto percentual de integração da ficha clínica odontológica ao prontuário do paciente, mas a adesão ao PE ainda é baixa e, quando ocorre, muitas vezes o PEC do e-SUS não era utilizado. Mais da metade das ESB realizava o agendamento da primeira consulta odontológica de forma separada da ESF, mas um percentual importante das ESB realizava o agendamento da continuidade do tratamento no final da consulta anterior. Nas regiões Nordeste e Sul a ficha clínica odontológica está mais frequentemente integrada ao prontuário do paciente. No Norte e Nordeste e em

municípios de menor IDH, o uso de PE é menos frequente, mas quando ocorre, o PEC do e-SUS é o mais utilizado e é fundamental a participação dos agentes comunitários de saúde no agendamento da primeira consulta odontológica nesses locais. Além disso, as equipes destes municípios são as que menos agendam a continuidade do tratamento na consulta anterior.

A integração da ficha clínica odontológica ao prontuário do paciente permite uma visão completa e unificada do histórico de saúde, promovendo o acesso a informações importantes para o tratamento e o acompanhamento contínuo [14]. O acesso ao histórico do paciente, com informações sobre condições médicas preexistentes, tratamentos realizados, medicamentos prescritos e alergias é fundamental para que o dentista evite procedimentos que possam ser contraindicados ou que apresentem riscos ao paciente, assim como as informações odontológicas são essenciais para o conhecimento de todos os profissionais da atenção básica. Além disso, com todas as informações centralizadas, o dentista dispõe do histórico do usuário sem necessidade de investigar cada detalhe novamente. Isso reduz custos tanto para o sistema de saúde quanto para os usuários. Dessa forma, o acesso ao prontuário fortalece a segurança, qualidade e continuidade do cuidado [4]. Essa integração é uma estratégia importante para facilitar a atuação conjunta da ESB e da EAB, mas ainda necessita de esforços relativos à formação dos profissionais e expansão do prontuário eletrônico para universalizá-la [15; 16].

A Resolução N° 7, de 24 de novembro de 2016, do Diário Oficial da União, define o PE como modelo para registro das ações da Atenção Básica [17] porque seu uso nos serviços de saúde proporciona melhoria nos sistemas de vigilância e monitoramento de doenças; suporte à gestão das informações e à decisão clínica; melhora na comunicação entre os profissionais e acompanhamento de exames [1, 2, 18-20]. Apesar disso, não somente persiste o registro em papel, como também ocorre duplicidade de registros (em

PE e papel), o que afeta a qualidade das informações e gera sobrecarga para os profissionais [21, 22]. Isto pode estar relacionado a limitação na disponibilidade de computadores e internet [3, 20, 23]. Conforme outras análises do ciclo 3 do PMAQ-AB, 12,4% das EAB possuíam apenas um computador na unidade, 9% não possuíam nenhum computador em condição de uso, 22,8% não tinham acesso à internet na unidade, e 14,4% das que tinham acesso relataram que a conexão funcionava de maneira irregular ou não funcionava [3].

Outro aspecto importante é a qualidade do PE. O Governo Federal disponibiliza o PEC do e-SUS, mas o estudo apontou que muitos municípios não utilizavam este prontuário [24]. Embora o PEC do e-SUS proporcionasse melhorias no manejo das informações clínicas dos pacientes e no monitoramento de doenças, à época do estudo o sistema não oferecia algumas funcionalidades que atualmente já são disponibilizadas, como edição de dados já cadastrados e sistemas de alerta e de apoio ao manejo clínico [18]. Além disso, seu formato pouco intuitivo requer capacitação dos profissionais para seu uso [25]. Como alternativa os municípios utilizavam PE próprios, que eram mais intuitivos e úteis na prática clínica, suprindo algumas deficiências do PEC do e-SUS. Entretanto, o PE próprio torna os municípios muito dependentes das empresas que fornecem o aplicativo, gerando altos custos. A necessidade de troca do serviço pode ocasionar perda de informação dos usuários, o que implica inclusive em problema ético relativo à guarda dos dados de saúde. A multiplicidade de sistemas dificulta a interoperabilidade da rede de atenção. Além disso, a adaptação a novos aplicativos requer dedicação dos profissionais de saúde [20]. O PEC do e-SUS vem ganhando novas versões com mais funcionalidades, o que deve contribuir para disseminar seu uso nos municípios [23].

A organização da agenda dos profissionais é um recurso chave para garantir o

acolhimento, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, devendo ser compartilhada entre os membros da equipe [26]. Entretanto, o agendamento da primeira consulta odontológica na recepção da UBS ou por agentes comunitários, integrada aos demais profissionais é pouco frequente, ocorrendo em menos da metade das equipes avaliadas. Por outro lado, o agendamento da continuidade dos tratamentos odontológicos no final da consulta, que era de 60% no primeiro ciclo do PMAQ-AB [27], avançou 33%, mas apesar deste avanço, a continuidade do cuidado ainda pode esbarrar no tempo de espera para a consulta subsequente. A formação em saúde da família parece ser fundamental, visto que profissionais capacitados com mais frequência compartilham sua agenda com a EAB, ofertam ações educativas em saúde bucal no território e garantem retorno para pacientes que iniciaram o tratamento na UBS [11].

Em relação às variáveis de contexto dos municípios, a maior integração da ficha clínica odontológica ao prontuário do paciente ocorreu nas regiões Nordeste e Sul. Estas regiões foram pioneiras na implantação da Saúde da Família. Desde o início dos anos 1990, muitos estados e municípios do Nordeste e do Sul incorporaram a ESF como forma de reorganizar a atenção primária, alcançando uma cobertura significativa mais cedo que outras regiões [28] e no momento são as regiões com maior cobertura [29]. A consolidação do modelo, com muitos profissionais com formação na área, reforça uma implementação alinhada com os princípios do SUS e da AB, inclusive com o apoio da gestão. Além disso, a maior integração em municípios com IDH muito alto e de grande porte pode ter relação com a maior implantação do PEC do e-SUS [3].

Ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB, um estudo apontou que a disponibilidade de computador aumentou em todas as regiões, com maior crescimento observado nas Regiões Norte e Nordeste, alcançando em 2018 quase o dobro dos equipamentos registrados em 2012. Essas proporções passaram de 52,2% para 90,7% no Norte e, no

Nordeste, de 36,2% para 79,9% [7]. Mesmo com esse aumento da frequência de TICS disponíveis nas unidades, prevalece a disparidade regional no Brasil, com menor utilização de PE em regiões com pior estrutura informacional. Por outro lado, o uso quase exclusivo do PEC do e-SUS, entre os que utilizam PE, indica que o PEC do e-SUS é essencial para promover equidade e universalizar o uso de PE, inclusive em municípios menores, com menor IDH e nas regiões Norte e Nordeste.

Nas regiões Norte e Nordeste nos municípios de IDH mais baixo, e com alta cobertura de saúde bucal na ESF, onde persistem desafios geográficos e socioeconômicos que dificultam o acesso aos serviços de saúde, o agendamento da primeira consulta odontológica está mais integrado à EAB, ocorrendo com mais frequência na recepção da UBS ou através dos agentes comunitários de saúde (ACS). A atuação desses profissionais é fundamental para facilitar o agendamento de consultas. Portanto, a flexibilização da composição das equipes implementada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, impactando inclusive no número de ACS, pode dificultar o acompanhamento do tratamento odontológico e o olhar para o território com vistas à promoção do acesso e da equidade [30, 31].

Estudos demonstram que a cobertura de saúde bucal é maior em municípios menores e de baixo IDH [31]. Portanto, se esperaria que os municípios com maior cobertura de saúde bucal, por ter IDH mais baixo, apresentassem piores indicadores nos aspectos avaliados. A pequena variabilidade na grande maioria dos aspectos avaliados, em relação à cobertura de saúde bucal dos municípios, parece indicar que esta é capaz de promover equidade. Isso ocorre pela oferta de serviços para aqueles que mais precisam, em particular, para populações em situação de vulnerabilidade social [29, 32].

O PMAQ-AB avaliou de forma detalhada alguns quesitos do processo de trabalho nas ESB, investigando 97% das equipes existentes no momento da realização do terceiro

ciclo. A maioria dos itens avaliados é objetiva, o que fortalece a qualidade das informações obtidas. Entretanto, algumas questões apresentam certa subjetividade, por exemplo, na caracterização da principal forma de agendamento da primeira consulta ou de marcação da continuidade do tratamento, situação em que, ao coexistirem diversas formas de agendamento, a forma considerada principal pode refletir a que o respondente mais utiliza, não representando o que ocorre no conjunto do serviço e resultando em um viés de informação. Logo, a maioria dos aspectos estudados foram avaliados somente no ciclo 3.

São necessários estudos de abrangência nacional, com periodicidade regular e incluindo um conjunto de aspectos básicos em todos os seguimentos, para que se possa acompanhar a evolução da implementação da saúde bucal na AB. Depois de uma longa interrupção, o Censo Nacional das UBS de 2024 retoma a avaliação da AB [33], mas é fundamental que o processo avaliativo seja continuado.

Os resultados do estudo reforçam a importância de garantir ESBs articuladas às EABs, com agentes comunitários em todas as microáreas e com as suas ações reforçadas, o que é necessário para possibilitar a organização das agendas em conjunto, evitando filas para o atendimento. A formação da ESB em saúde da família também pode dar suporte para a realização dessas atividades.

A informatização e o acesso à internet nas UBS também são fundamentais para unificar os sistemas de registro de saúde bucal e da atenção básica e para superar os registros em papel. Para evitar a duplicidade de registros e despesas vultosas com PE próprios é necessário qualificar e universalizar o PEC do e-SUS. Para isso é necessário identificar as dificuldades dos profissionais de saúde na sua utilização e incrementar o desenvolvimento desta ferramenta. Isto significa ampliar as funcionalidades para auxiliar a gestão da clínica e o planejamento do serviço, assim como promover a

interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, permitindo que as informações do usuário fiquem disponíveis em todos os pontos da rede de atenção.

Referências

- 1 Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, Sykes L, Quan H. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: A systematic review of the evidence. *J Am Med Informatics Assoc* 2011; 18(6):732-737.
- 2 James KA, Fernald DH, Huff J, Ross S, Staton EW, West D, Ricciardi R. GAPS in implementing health assessments in primary care: A literature review. *J Ambul Care Manage* 2014; 37(1):2-10.
- 3 Valdes G, Souza AS. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva* 2024; 29(1):1-12.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde (MS). "E-SUS AB: Sistema de Prontuário Eletrônico para a Atenção Básica" 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos>
- 5 Ribeiro AGA, Martins RFM; Vissoci JRN, Silva NC, Rocha TAH, Queiroz RCS, et al. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. *Plos One* 2021; 16, n.e0247101.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 28 de outubro de 2011. Institui o e-SUS Atenção Básica, que estabelece as diretrizes e os procedimentos para a informatização das Unidades de Saúde da Atenção Básica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1, p. 60.* Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.546-de-28-de-outubro-de-2011-2988492>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- 7 Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. Evolução da disponibilidade de Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção Primária à Saúde do Brasil, 2012 a 2018. *Rev Bras Epidemiol* 2024; 27: e240021.
- 8 Gonçalves AJG, Pereira PHS, Monteiro V, Silva-Junior M, Baldani MH. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *Saúde Debate* 2020; 44: 725-38.
- 9 Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24: 1809-20.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acessado em 11 de dezembro de 2024.
- 11 Santos NML; Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23: 4319-29
- 12 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à

Saúde. PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada) – Terceiro Ciclo. Brasília: MS; 2017.

13 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 874 de 10 de maio de 2019 atualiza a primeira lista e elenca as equipes de Atenção Básica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família-AB que faltavam.

14 Valente APPC. The Electronic Citizen's Medical Record in oral health care in the SUS. Dissertação (Mestrado) - Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

15 Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3):464-470.

16 Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:98.

17 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na Atenção Básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 25 nov.

18 Celuppi IC, Mohr ETB, Felisberto M, Rodrigues TS, Hammes JF, Cunha CL, Waslawick LS, Dalmarco EM. Ten years of the Citizen's Electronic Health Record e-SUS Primary Healthcare: in search of an electronic Unified Health System. *Rev Saúde Pública* 2024; 58:23.

19 Ávila GS; Cavalcante RB; Gontijo TL; Carbogim FC, Brito MJM. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. *Cogitare Enfermagem* 2022; 27:e79641.

20 Kruse CS, Kristof C, Jones B, Mitchell E, Martinez A. Barriers to electronic health record adoption: a systematic literature review. *J Med Syst* 2016; 40(12): 252.

21 Cavalcante RB, Silva JJ, Azevedo JA, Salomé HS, Diniz FA. Percepções sobre instrumentos de coleta de um sistema de informação. *J Health +Inform* 2015; 7(1):16-22.

22 Cavalcante RB, Esteves CIS, Gontijo TL, Brito MJM, Guimarães EAA, Barbosa SP et al. Informatização da Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios. *Rev Brasileira Enfermagem* 2019; 72(2):337-44.

23 Oliveira AEC, Lima IMB, Nascimento JÁ, Coelho HFC, Santos SR. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde em Debate* 2016; 40(109): 212-218.

24 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/informatiza-aps/prontuario-eletronico>

25 Gontijo TL, Lima PKM, Guimarães EAA, Oliveira VC, Quites HFO, Belo VS, et al. Computerization of primary health care: the manager as a change agent. *Rev Bras Enferm* 2021;74(2):e20180855.

26 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: 2013.

27 Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* 2018; 34: n.e00049817, 2018.

28 Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing inequalities in primary health care in Brazil, 1998–2012. *International Journal for Equity in Health* 2018.

29 Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: uma análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. Oikos; 2021.

30 Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis* 2011; 21(3):899-916.

31 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União em 24 de outubro de 2011. Atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.436-de-21-de-setembro-de-2017-172128091>. Acesso em: 28 mar. 2025.

32 Galvão MHR, Roncalli AG, Machado CV. Acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil: desigualdades na utilização e fatores associados à oferta de atenção secundária. *Cadernos de Saúde Pública* 2021; 37(1), e00184119.

32 Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018; 42(n.spe 1):208-23.

33 <https://redeaps.org.br/>

Tabela 2 – Organização dos prontuários e agenda e oferta de ações da equipe na Unidade de Saúde, de acordo com a região geopolítica. Ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2017/2018 (N=22.993).

N(%)	Norte 1943 (7,6%)	Nordeste 11198 (43,5%)	Centro-Oeste 2033 (7,9%)	Sudeste 7056 (27,4%)	Sul 3490 (13,6%)
Organização dos prontuários (%)					
Ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário¹	75,7	86,9	69,2	71,4	84,8
Meio de registro das informações de saúde					
Papel e eletrônico	14,9	11,1	43,9	30,3	47,6
Só eletrônico	8,8	6,1	15,4	8,9	32,8
Só papel	76,4	82,8	40,8	60,8	19,6
Tipo de prontuário²					
PE do Cidadão (PEC) do e-SUS AB	95,12	90,1	64,1	49,6	39,3
PE próprio	4,9	5,0	35,9	50,4	60,8
ESB recebia qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico³					
Sim, todos da equipe	41,5	66,1	49,6	49,3	42,0
Sim, alguns da equipe	22,6	13,9	17,0	18,7	16,9
Não	35,9	20,1	33,4	32,0	41,1
Disponibilidade de canal para sanar dúvidas da ESB sobre a utilização do prontuário eletrônico³					
Canais utilizados					
Colegas de trabalho	80,6	79,4	75,5	82,7	86,5
Gestão municipal	78,8	92,0	73,2	80,7	66,5
Materiais de apoio	51,7	54,8	34,4	46,0	47,0
Telessaúde	22,3	41,3	31,1	27,3	56,7
Organização da agenda e oferta de ações da equipe (%)					
Principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica					
No próprio consultório odontológico	48,7	45,1	58,7	57,3	61,9
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	28,1	30,5	33,2	24,2	33,3
Pelo Agente Comunitário de Saúde	21,3	23,1	6,0	17,0	2,6
Principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico					
No final da consulta anterior	73,0	72,7	88,9	93,2	83,6
Pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	9,9	10,5	5,1	3,2	7,1
No dia da consulta era preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	4,7	1,5	1,8	0,5	2,1

ESB: Equipe de Saúde Bucal; PE: Prontuário Eletrônico; UBS: Unidade Básica de Saúde.

¹ 291 valores missing. ² somente prontuário eletrônico (n=8.122). ³ n=4.929

Tabela 3 – Organização dos prontuários e agenda e oferta de ações da equipe na Unidade de Saúde, de acordo com o IDH. Ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2017/2018 (N=22.993).

N(%)	Baixo 5433 (21,3%)	Médio 8746 (34,2%)	Alto 9869 (38,6%)	Muito alto 1483 (5,8%)
Organização dos prontuários (%)				
Ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário¹	82,0	79,0	78,1	92,7
Meio de registro das informações de saúde				
Papel e eletrônico	11,3	20,1	34,2	33,3
Só eletrônico	5,8	8,5	14,7	28,9
Só papel	82,9	71,4	51,1	37,8
Tipo de prontuário²				
PE do Cidadão (PEC) do e-SUS AB	95,0	85,4	47,0	20,1
PE próprio	5,0	14,6	53,0	79,9
ESB recebia qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico³				
Sim, todos da equipe	58,8	54,6	49,6	46,3
Sim, alguns da equipe	22,6	13,9	17,0	18,7
Não	25,3	29,5	32,3	38,3
Disponibilidade de canal para sanar dúvidas da ESB sobre a utilização do prontuário eletrônico³				
	98,1	96,5	96,8	99,4
Canais utilizados				
Colegas de trabalho	78,5	81,8	81,4	80,1
Gestão municipal	85,3	80,3	78,7	83,2
Materiais de apoio	50,3	48,4	45,8	57,1
Telessaúde	38,8	40,5	34,7	37,3
Organização da agenda e oferta de ações da equipe (%)				
Principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica				
No próprio consultório odontológico	37,7	51,0	62,1	50,2
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	31,8	27,4	27,2	43,2
Pelo Agente Comunitário de Saúde	29,1	20,3	8,8	3,5
Principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico				
No final da consulta anterior	70,2	78,4	88,4	92,4
Pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	11,1	8,2	5,2	5,0
No dia da consulta era preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	2,1	1,8	1,1	0,3

ESB: Equipe de Saúde Bucal; PE: Prontuário Eletrônico; UBS: Unidade Básica de Saúde.

¹ 291 valores missing. ² somente prontuário eletrônico (n=8.122). ³ n=4.929

Tabela 4 – Organização dos prontuários e agenda e oferta de ações da equipe na Unidade de Saúde, de acordo com o porte populacional. Ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2017/2018 (N=22.993).

N(%)	≤10.000	10.001 – 30.000	30.001 – 100.000	100.001 – 300.000	>300.000
	4376 (17,1%)	8084 (31,6%)	5989 (23,4%)	2826 (11,1%)	4276 (16,7%)
Organização dos prontuários (%)					
Ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário¹	74,1	80,0	79,8	81,2	87,1
Meio de registro das informações de saúde					
Papel e eletrônico	29,6	20,7	22,6	23,6	27,6
Só eletrônico	14,7	9,3	6,3	10,8	20,7
Só papel	55,7	70,1	71,1	65,6	51,8
Tipo de prontuário²					
PE do Cidadão (PEC) do e-SUS AB	77,5	69,3	65,0	53,8	30,0
PE próprio	22,6	30,7	35,0	46,2	70,2
ESB recebia qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico³					
Sim, todos da equipe	46,2	56,3	57,3	56,8	49,1
Sim, alguns da equipe	18,0	14,0	17,0	19,8	18,7
Não	35,9	29,7	25,7	23,4	32,3
Disponibilidade de canal para sanar dúvidas da ESB sobre a utilização do prontuário eletrônico³					
	96,3	96,3	98,1	98,1	97,5
Canais utilizados					
Colegas de trabalho	82,1	81,4	81,5	79,1	77,2
Gestão municipal	66,2	82,0	88,8	91,0	88,0
Materiais de apoio	45,2	46,4	51,9	49,3	51,2
Telessaúde	39,4	40,0	41,0	29,0	29,0
Organização da agenda e oferta de ações da equipe (%)					
Principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica					
No próprio consultório odontológico	51,0	44,9	54,7	63,3	55,9
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	29,3	30,2	28,3	27,7	29,7
Pelo Agente Comunitário de Saúde	18,2	23,8	15,7	7,8	10,8
Principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico					
No final da consulta anterior	82,5	76,3	78,9	87,0	88,7
Pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	6,7	8,9	8,5	5,5	6,0
No dia da consulta era preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	1,7	2,0	1,6	1,1	1,0

ESB: Equipe de Saúde Bucal; PE: Prontuário Eletrônico; UBS: Unidade Básica de Saúde.

¹ 291 valores missing. ² somente prontuário eletrônico (n=8.122). ³ n=4.929

Tabela 5 – Organização dos prontuários e agenda e oferta de ações da equipe na Unidade de Saúde, de acordo com a cobertura de saúde bucal na ESF. Ciclo III do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2017/2018 (N=22.993).

N(%)	0 – 50% 6882 (26,9%)	51% - 74% 4052 (15,9%)	75% - 100% 14617 (57,2%)
Organização dos prontuários (%)			
Ficha clínica odontológica compunha o prontuário do usuário¹	80,1	76,7	81,1
Meio de registro das informações de saúde			
Papel e eletrônico	28,2	23,1	22,5
Só eletrônico	13,8	9,5	10,8
Só papel	58,0	67,4	66,7
Tipo de prontuário²			
PE do Cidadão (PEC) do e-SUS AB	42,3	58,2	70,7
PE próprio	57,7	41,9	29,3
ESB recebia qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico³			
Sim, todos da equipe	46,5	51,6	55,5
Sim, alguns da equipe	17,8	16,6	16,5
Não	35,7	31,9	28,1
Disponibilidade de canal para sanar dúvidas da ESB sobre a utilização do prontuário eletrônico³			
Canais utilizados			
Colegas de trabalho	77,7	81,8	81,8
Gestão municipal	81,6	82,9	79,9
Materiais de apoio	45,8	46,1	49,1
Telessaúde	28,5	39,5	40,3
Organização da agenda e oferta de ações da equipe (%)			
Principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica			
No próprio consultório odontológico	53,0	55,9	50,5
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	32,6	29,3	27,9
Pelo Agente Comunitário de Saúde	12,2	13,3	20,3
Principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico			
No final da consulta anterior	84,5	78,6	80,2
Pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	6,8	8,9	7,6
No dia da consulta era preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	1,5	1,8	1,5

ESB: Equipe de Saúde Bucal; ESF: Estratégia de Saúde da Família; PE: Prontuário Eletrônico; UBS: Unidade Básica de Saúde.

¹ 291 valores missing. ² somente prontuário eletrônico (n=8.122). ³ n=4.929

V. Comunicado à imprensa

A Política Nacional de Saúde Bucal e a criação do Programa Brasil Sorridente (2004) trouxeram avanços à saúde bucal dos brasileiros ao longo dos últimos 20 anos. Entretanto, persistem limitações como dificuldades nos processos de trabalho e de integração das equipes de saúde bucal com as equipes de atenção básica.

Considerando a disponibilidade de dados do terceiro ciclo (2017/2018) do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que avaliou 22.993 equipes de saúde bucal em todo o país, a Doutoranda Clarissa Fialho Hartmann realizou um estudo sobre o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Brasil, sob orientação da Profa. Anaclaudia Gastal Fassa, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas.

O estudo mostrou que quase todas as equipes contavam com Centros de Especialidades Odontológicas para encaminhar casos complexos. Contudo, frequentemente, não recebiam relatórios sobre os atendimentos realizados. Além disso, a maioria das equipes informou a ausência de serviços para emergências em saúde bucal fora do horário de funcionamento das unidades.

Também se evidenciou que, embora os auxiliares de saúde bucal estivessem presentes em quase todas as equipes, somente uma em cada cinco equipes tinham técnico em saúde bucal. Extrações dentárias, restaurações, aplicações de flúor e limpeza foram os procedimentos mais realizados pelas equipes. Entretanto, somente uma em cada cinco equipes fazia radiografias ou moldes para prótese dentária. Além disso, em 80% das equipes ainda era usado o amálgama para restaurações, um material que utiliza mercúrio e que por seus riscos ao ambiente e à saúde do trabalhador deve ser substituído por resina.

Muitas equipes tinham o prontuário de saúde bucal integrado ao da atenção básica, entretanto, o agendamento ainda era feito de forma separada mostrando uma integração parcial entre as equipes. Um ponto positivo foi o aumento do número de equipes que agendavam a continuidade do tratamento na consulta anterior. A implantação do prontuário eletrônico era incipiente, com sobreposição de registros em papel e eletrônico. Além disso, muitos municípios não usavam o Prontuário Eletrônico do Cidadão, optando por sistemas privados, que geram altos custos com conseqüente risco de perda de informações.

O estudo destacou que as equipes de saúde bucal da atenção básica

devem ser completas, incluindo auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e agente comunitário. Nos serviços que dispõe de técnico em saúde bucal é importante dispor de aparelhos e insumos para radiografia e próteses dentárias, assim como, laboratórios regionais de referência para que estes profissionais possam cumprir com todas as suas atribuições. Também é necessária a ampliação dos serviços de urgência odontológica.

Qualificar as tecnologias de informação e comunicação dos serviços pode facilitar a comunicação da atenção básica com a atenção especializada. A atualização do Prontuário Eletrônico do Cidadão com vistas a facilitar sua utilização pelas equipes de saúde é fundamental para reduzir custos, ampliar a segurança dos dados e facilitar a unificação das informações a nível nacional.

O estudo observou que as equipes das regiões norte e nordeste, de cidades mais pobres e menores, tinham pior desempenho. Assim, é fundamental promover a equidade, melhorando o fluxo na rede de saúde, ampliando o apoio de especialistas para as equipes de saúde bucal da atenção básica, inclusive através do Telessaúde, e estabelecendo acordos regionais para melhor atender áreas remotas.