

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

Matheus Neves

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NO BRASIL:  
Análise dos dados do PMAQ-AB.**

Porto Alegre, Junho de 2016.

Matheus Neves

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal estruturas anexas

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NO BRASIL:  
Análise dos dados do PMAQ-AB.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Doutor em Odontologia – Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre, Junho de 2016.

### CIP - Catalogação na Publicação

Neves, Matheus

Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil – Análise dos dados do PMAQ-AB / Matheus Neves. -- 2016.

82 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Serviços de saúde bucal. 3. Odontologia em Saúde Pública. 4. Assistência Odontológica Integral. 5. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. I. Neves Hugo, Fernando, orient. II. Título.

## APRESENTAÇÃO

Apresenta-se a tese intitulada *Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil: Análise dos dados do PMAQ-AB*, como pré-requisito final para obtenção do título de Doutor em Odontologia, na área de concentração Saúde Bucal Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Esta pesquisa está associada ao projeto: “*Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação do usuário*”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, em 01 de março de 2012, de acordo com o parecer 21904, sob a coordenação do Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla.

As perspectivas reveladas neste estudo advêm da análise de dados secundários provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implementado e executado pelo Ministério da Saúde desde 2012, em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa de todas as Unidades da Federação caracterizando-se pela institucionalização de uma estratégia de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde públicos brasileiros.

A construção desta tese foi executada na íntegra e em todas as etapas pelo Ms. Matheus Neves, que atuou na coordenação técnica e de pesquisa do segundo ciclo do PMAQ-AB, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Neves Hugo.

O Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS/UFRGS) foi o laboratório de pesquisas em Atenção Primária que atuou na Coordenação Técnica e Administrativa da avaliação externa do PMAQ-AB e, ao lado da Rede Governo Colaborativo em Saúde da UFRGS, constituíram o ponto de referência para o PMAQ-AB em cinco macrorregiões do Rio Grande do Sul e nos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Paraíba e Pará.

Esta tese será apresentada de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS e contará com dois manuscritos.

## DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha família, por terem me dado raízes, mas também asas.

E à família que eu construo agora, porque sim, nós somos uma família!

## AGRADECIMENTOS

Diz-se que o caminho do doutorado é solitário. De fato, a escrita e as reflexões a que ela nos leva, são individuais e muito personalizadas; porém, no restante do tempo eu caminhei muito bem acompanhado. Neste momento final, a emoção da trajetória me faz lembrar de todos aqueles que deixaram esse caminho menos solitário.

Não há palavras para agradecer aos meus pais, Ben-Hur e Marivete, só nós sabemos do que somos feitos, só nós sabemos o quanto nos custou estarmos aqui, gratidão, sempre! Mana, Tati, o teu agradecimento é duplo, por estar ao lado e por nos trazer a Antonella, uma doçura.

Daniel Weiss Vilhordo, gratidão pela presença fundamental e por emprestar a serenidade que me falta. Tua dedicação aos teus projetos foram sempre exemplares. O caminho é mais leve, quando o trilhamos juntos.

Agradecimento e deferência especiais ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Neves Hugo. Muito obrigado por estes sete anos de convivência e aprendizado, desde o mestrado. Obrigado mais uma vez por ter acreditado, e muito mais por ter permitido. Nos mais importantes momentos da minha carreira profissional o teu parecer e a tua experiência foram essenciais. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo.

Nesse caminho nada solitário, quero agradecer à professora Juliana Balbinot Hilgert por estar sempre presente e atenta, agradeço pela disponibilidade e pelo carinho. Obrigado a vocês por terem aberto as portas da sua casa e me acolhido em sua família.

Jessye Giordani, tua presença e conhecimento foram fundamentais. Sucesso na tua carreira, que será tão admirável quanto o profissional que és.

Aline Blaya Martins, as circunstâncias podem tornar raros os nossos cafés sem açúcar, mas quando eles acontecem é sempre igual. Gratidão pela amizade, pela opinião sincera, pelo ouvido atento e pelos laços de afeto que nos unem.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS, representado pelo coordenador Prof. Dr. Cassiano Kuchenbecker Rösing, pela oportunidade de formação. Agradeço também ao admirável Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, coordenador da Rede de Governo Colaborativo em Saúde, pelo financiamento de pesquisa e oportunidade de compor uma grande equipe. E a toda a equipe do

Centro de Pesquisas em Odontologia Social, um agradecimento muito especial por estes anos de convivência.

É sempre bom e necessário agradecer! Particularmente, encerro este momento grato, pois trilhei o doutorado trabalhando na carreira em que eu escolhi, acumulando erros e acertos, êxitos e fracassos, alegrias e frustrações que fazem de mim o profissional que eu sou hoje. Obrigado a todos os que estiveram por perto nestes momentos na Faculdade de Odontologia da UPF e da PUCRS. Denis Dockhorn, Helenita Ely e Karen Weigert, vocês são sensacionais.

Agradeço ao Curso de Odontologia da ULBRA/Canoas, na figura do seu coordenador Prof. Dr. Adair Luiz Stefanello Busato, pelo acolhimento e oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos demais familiares, amigos, professores, colegas e alunos, o contato com todos vocês só me fez lembrar que os porquês da ciência e da formação acadêmica são, ao final, as pessoas. Gratidão!

## EPÍGRAFE

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,  
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre  
aquilo que todo mundo vê.”*

*Arthur Schopenhauer*

## RESUMO

No Brasil, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as três esferas de governo têm sido mobilizadas a buscar inovadoras e apropriadas formas de gestão em saúde. Para o cumprimento efetivo de tais aspirações políticas e gerenciais, a gestão eficiente e eficaz das ações e serviços de saúde deve subsidiar decisões que gerem bons resultados na produção de serviços, deve resultar em garantia da qualidade da atenção e, sobretudo, deve gerar impacto positivo na saúde. O objetivo desta tese foi verificar o desempenho das equipes de saúde bucal participantes do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de todo o território nacional, na provisão de cuidado integral em saúde bucal. Foram conduzidos dois estudos exploratórios com análise multinível, realizados a partir dos dados secundários do PMAQ-AB. O PMAQ-AB recebeu a adesão e contratualização de 3.972 municípios brasileiros (71,3%), observou condições de infraestrutura e ambiência na totalidade das Unidades Básicas de Saúde (38.811 – 100%), analisou 17.479 Equipes de Atenção Básica, dentre as quais 12.403 contavam com equipe de saúde bucal, de todas as macrorregiões brasileiras. Os dados do primeiro nível (equipe de saúde) são referentes às entrevistas estruturadas realizadas com os profissionais das equipes de saúde bucal e à disponibilidade de insumos odontológicos e os dados do segundo nível (contextual) dizem respeito às características dos municípios e aos indicadores dos sistemas de saúde locais. Regressão de Poisson Multinível foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas em uma modelagem hierárquica. A prevalência de realização de procedimentos odontológicos preventivos, desfecho agrupado pela aplicação tópica de flúor somada à aplicação de selantes, à detecção de lesões bucais e ao acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, tem-se que dentre as 10,334 equipes de saúde bucal avaliadas, 29,46% (3044/10334) (IC95% 28,57–30,33) realizaram o rol de procedimentos preventivos elencados. Já, a prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos, desfecho derivado da realização de restaurações de amálgama e resina; exodontias; raspagem, alisamento e polimento periodontal; curativo de demora e drenagem de abscesso dento-alveolar, foi de 69,51% (7906/11374) (IC95% 68,66 – 70,35). Com este estudo, foi possível explorar a distribuição desigual da realização de procedimentos odontológicos preventivos e curativos no Brasil, bem como seus condicionantes e o quão importante é o efeito contextual nessas iniquidades, principalmente em relação

às diferenças macrorregionais. A promoção da saúde comprometida com o enfrentamento das inequidades intra e interregionais tem potência para fortalecer os princípios doutrinários e organizativos do SUS, além de qualificar a integralidade do cuidado em saúde bucal.

## ABSTRACT

In Brazil, since the implementation of the Unified Health System (SUS), the three levels of government have been mobilized to seek innovative and appropriate forms of health management. For the effective implementation of such policies and managerial aspirations, efficient and effective management of the actions and health services should support decisions that generate good results in the production of services, result in ensuring the quality of care and, mainly, generate positive impact in health. The objective of this thesis was to evaluate the performance of oral health teams participating in the first cycle of the Program of Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) all over the country, in the provision of comprehensive oral health care. Two exploratory studies with multilevel analysis were conducted from secondary data of PMAQ-AB. The PMAQ-AB was contracted by 3,972 Brazilian municipalities (71.3%), with infrastructure and ambience conditions carried out in all Primary Care Services (38811-100%), and work processes in 17,479 Primary Care Teams, of which 12,403 had primary oral health care. Data from the first level (health staff) were obtained by in loco structured interviews conducted with professionals of oral health teams, while the availability of dental supplies and the data of the second level (contextual) are related to the characteristics of municipalities and health indicators of local systems. Multilevel Poisson regression was used to obtain the crude and adjusted prevalence ratios in a hierarchical modeling. The prevalence of performance of comprehensive preventive dental procedures, outcome represented by the provision by the team of topical fluoride, dental sealants and the detection of oral lesions and the monitoring of suspected or confirmed cases of oral cancer was 29.46% (3044/10334) (95% CI 28.57 to 30.33) among the 10,334 oral health teams assessed. However, the prevalence of performing comprehensive restorative dental procedures, represented by the provision by the team of amalgam and resin restorations, extractions, supragingival scaling, drainage of abscess and temporary endodontic dressing was 69,51% (7906/11374) (95% CI 68.66 to 70.35). Therefore, this study was important to explore the unequal distribution of the provision of comprehensive preventive and restorative dental procedures in Brazil, as well as their conditions and how important is the contextual effect on these inequities, especially in relation to macro-regional differences. Health promotion committed to tackling the intra and interregional inequalities have the power to strengthen the doctrinal and organizational principles of the SUS, in addition to qualifying the comprehensiveness of oral health care.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DAB	Departamento de Atenção Básica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAP	Raspagem, Alisamento e Polimento Radicular
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO E HISTÓRIA .....	13
1.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O PANORAMA E O DEVIR .....	15
1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL .....	18
1.4 POR QUE INTEGRALIDADE? .....	18
1.5 PMAQ-AB: A POLÍTICA PÚBLICA ENCONTRA A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA .....	22
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	24
2.1 OBJETIVO GERAL .....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3 MANUSCRITOS</b> .....	25
3.1 MANUSCRITO 1 .....	26
3.2 MANUSCRITO 2 .....	51
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77
<b>APÊNDICES E ANEXOS</b> .....	81

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as três esferas de governo têm sido mobilizadas a buscar inovadoras e apropriadas formas de gestão em saúde.

Para o cumprimento efetivo de tais aspirações políticas e gerenciais, a gestão eficiente e eficaz das ações e serviços de saúde deve subsidiar decisões que gerem bons resultados na produção de serviços, deve resultar em garantia da qualidade da atenção e, sobretudo, deve gerar impacto positivo na saúde. Por isso, cresce o consenso de que é preciso aferir o desempenho dos serviços de saúde e avaliar sua contribuição na melhoria da qualidade dos cuidados prestados em saúde<sup>1</sup>.

A qualificação das ações em saúde, que, em última análise, representa a qualificação do próprio SUS, envolve a definição de objetivos institucionais e o acompanhamento sistemático do cumprimento de metas que contemplem desde o financiamento, a gestão e a organização da produção de serviços, até o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde<sup>2</sup>.

De acordo com Hartz e Ferrinho<sup>3</sup>, a avaliação em saúde constitui a melhor alternativa para se obter informações sobre a efetividade de um sistema de saúde, além de ser prática essencial para a racionalização das atividades e para as tomadas de decisão na alocação de recursos. Em última análise, a avaliação deve estar integrada ao sistema e influenciar o seu comportamento.

### 1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO E HISTÓRIA.

A década de 50 marca um importante impulso da avaliação em saúde no contexto mundial. Antes disso, originária da década de 30, a aproximação das ciências sociais e das metodologias quantitativas avançadas, advindas do desenvolvimento de métodos estatísticos e de computação, aumentou o poder explicativo da avaliação como instrumento de pesquisa social<sup>2,4</sup>.

Há um consenso na literatura sobre a origem norte-americana da avaliação; porém, o seu uso foi aprimorado por inúmeras iniciativas em vários países, inclusive na América Latina, onde se fortaleceu a função avaliação<sup>2</sup>.

Ao relatar a historicidade da avaliação, Hartz<sup>5</sup> expõe que, nos anos 60, países como Canadá, Alemanha e Suécia seguiram as iniciativas norte-americanas

baseadas nos Sistemas de Planejamento, Programação e Orçamento (*Planning Programing Budgeting System – PPBS*). Mais tarde, na década de 1980, Austrália, Dinamarca e Suíça incorporaram esse movimento. Por sua vez, Estados Unidos e Canadá tratavam das avaliações de desempenho por intermédio das suas instituições responsáveis pela função de auditoria, que privilegiavam a efetividade, o bom gerenciamento e a qualidade dos serviços. Essa tendência foi observada em anos mais recentes em países da União Européia<sup>6</sup>.

Nas décadas que se seguem, Avedis Donabedian constrói bases teóricas acerca da avaliação da qualidade dos serviços de saúde que ainda hoje reverberam. Para o autor, a avaliação da qualidade do cuidado em saúde dá-se a partir da análise da tríade: estrutura, processo e resultado<sup>7</sup>. Essa avaliação tradicional de intervenções suscitou a utilização em larga escala de instrumentos quantitativos.

Ao passo em que as corporações médicas e o seguro privado em saúde impulsionam a avaliação dos serviços de saúde como forma de racionalizar os gastos e controlar as más-práticas, avançam na literatura Análises de Custo-Benefício, Análise de Custo-Efetividade e Análise de Custo-Utilidade, como técnicas analíticas para a comparação das consequências positivas e negativas na utilização de recursos<sup>7</sup>.

Guba & Lincoln<sup>8</sup>, ainda no final da década de 80, sistematizam o advento do que se considera a quarta geração da avaliação. Tal geração se coloca como uma alternativa, não excludente, dos referenciais anteriores, mas a avaliação torna-se inclusiva e participativa, um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz. Os autores consideravam que pelo menos três problemas comuns comprometiam as gerações precedentes da avaliação, unificadas no paradigma positivista, no qual a produção de conhecimento é propriedade exclusiva dos especialistas nos métodos científicos: 1) apesar da aparente objetividade por parte dos avaliadores, a avaliação era predominantemente uma simples ferramenta gerencial nas estratégias políticas; 2) os julgamentos não levavam em conta o pluralismo de atores envolvidos, com diferentes valores e lógicas de regulação (técnica, política, democrática) dos sistemas de ação social, nem consideravam a influência deles decorrente no desenho e uso dos estudos; 3) privilégio de métodos quantitativos e das relações diretas de causalidade, com desconsideração do contexto e outros elementos não científicos na busca de se conhecer a verdade,

ocultando sua contingência e relatividade, além da moral e da ética do avaliador, porque a ciência seria livre de valores.

A quarta geração da avaliação, 20 anos depois, ainda emerge no campo da saúde. Basta ver que as tentativas nacionais de institucionalização da avaliação no Brasil têm dificuldade de superar os limites do monitoramento de objetivos e metas que caracterizaram, ainda, a segunda geração de avaliadores<sup>8</sup>.

No âmbito da gestão pública, estruturada em programas governamentais e orientada por resultados, exige-se, portanto, uma pluralidade de abordagens, de atores e de dispositivos institucionais, igualmente participativos, que regulamentem os estudos de avaliação, garantindo a qualidade e utilidade do produto final<sup>8</sup>.

Nesse sentido, em países como o Brasil, em que o cuidado à saúde é entendido como política pública, a avaliação dos serviços de saúde desenvolveu-se no sentido de incorporar os indivíduos e os grupamentos sociais usuários do sistema como base de sua metodologia. Surge, então, o que alguns autores classificam como estudos avaliativos antropossociais, cujo destaque está nas avaliações da acessibilidade, utilizadas como um indicador da qualidade do serviço de saúde, e da satisfação dos usuários, reconhecida como um indicador aproximado da qualidade do cuidado em saúde<sup>7</sup>.

Por fim, a avaliação de políticas, programas e serviços, além de relacionada à necessidade de aprimoramento e modernização da gestão, está diretamente ligada à discussão sobre seu desempenho; à eficácia e efetividade dos programas por ela conduzidos; ao aperfeiçoamento das ações; à responsabilização dos agentes e à prestação de contas à sociedade.

## 1.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O PANORAMA E O DEVIR

No Brasil, a avaliação em saúde constituiu-se como objeto de interesse em vários momentos históricos, seja no interior da Saúde Pública institucionalizada, seja nos momentos que antecederam imediatamente à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com isso, vem ocorrendo o fortalecimento de uma política de avaliação específica no âmbito da atenção básica<sup>9</sup>. A esfera municipal é definida como responsável pela sua execução, estabelecendo novos papéis para os gestores das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde que passaram a assumir, cada

vez mais, atribuições normativas e reguladoras, ressaltando-se a função de avaliação do sistema de saúde<sup>10</sup>.

O conceito de avaliação surge com a preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo em relação à limitação de recursos, tendo como marco o fato de que, após a Segunda Guerra Mundial, os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos em consequência do grande desenvolvimento científico. A contenção de gastos implicou na necessidade de se avaliar os custos decorrentes do uso das tecnologias e práticas de saúde aplicadas. Por outro lado, a difusão e a utilização de ações sem a adequada avaliação tiveram, em muitos casos, consequências adversas graves<sup>10</sup>. A avaliação foi, então, de certo modo, profissionalizada, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos. No continente americano, associações como a American Evaluation Association ou a Canadian Evaluation Society contribuíram muito para esse movimento<sup>11</sup>.

Os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produziram distintas interpretações e abordagens sobre o significado da atenção básica nos diferentes sistemas de saúde. Além desses aspectos, o termo “primário”, que tem cunhado a noção de atenção básica, traz diferentes possibilidades explicativas, o que provoca confusão, ambiguidade e falta de consenso em torno de seus propósitos<sup>12</sup>.

Contudo, a avaliação da atenção em saúde possui a capacidade de se tornar um forte instrumento de autoavaliação e formação dos múltiplos atores envolvidos com os programas e serviços de saúde. Ao fornecer informações pertinentes sobre a adequação das estruturas e processos a padrões previamente definidos e dados referentes ao contexto social e político no qual o programa está inserido, os sujeitos podem intervir na realidade, buscando transformá-la. Essa dialética entre avaliação e intervenção sobre a realidade possibilita a aquisição de novos conhecimentos práticos e teóricos, empoderando os atores a exercitar, com crescente efetividade e eficiência, seus papéis sociais<sup>13</sup>.

Mais além, Cruz<sup>14</sup> entende que, para se avançar na prática de avaliação de políticas em saúde, faz-se necessária a construção de desenhos de avaliações que busquem responder o seu porquê. Saber apenas se a atenção em saúde alcançou ou não os efeitos esperados não ajuda necessariamente na (re)orientação da melhoria da política de saúde. Esse pode ser considerado um importante desafio

metodológico a ser enfrentado, na medida em que se devem discutir estratégias para que a avaliação em saúde esteja orientada e seja capaz de responder aos interesses dos sujeitos diretamente vinculados à intervenção.

Entretanto, além da preocupação com os resultados em saúde, é importante dizer que o resgate da atenção primária se situa no atual cenário de viabilidade dos sistemas de saúde. Os crescentes custos da atenção à saúde têm levado governos e instituições privadas que atuam no setor, tanto em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, a experimentar reformas em seus sistemas, colocando a atenção primária como ponto central da melhoria da capacidade de resolubilidade dos serviços de saúde, buscando prevenir doenças e agravos ou tratá-los de maneira mais efetiva. O outro lado da moeda é a busca por melhores resultados na redução das internações hospitalares ou na redução do uso de procedimentos terapêuticos mais sofisticados, que implicam maior custo para o sistema de saúde<sup>12</sup>.

Os processos de avaliação em saúde, definitivamente, fazem parte das preocupações de gestores dos setores público e privado; porém, tais processos participam de forma ainda muito incipiente e marginal dos processos de tomada de decisão<sup>10</sup>.

Nesse contexto, estudos indicam que, no Brasil, o mecanismo de avaliação e monitoramento setorial do acesso e da qualidade das ações, assentado no conjunto de indicadores implementado historicamente pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), ao se apoiar exclusivamente no volume de procedimentos informados, apresenta limitações e inconsistências<sup>15-17</sup>.

Para tanto, fica evidente a necessidade de se inserir, nos modelos de avaliação, a influência dos fatores do contexto político, organizacional, cultural, econômico, sociodemográfico (determinantes e condicionantes) na relação com a implementação ou com a obtenção de efeitos mais a longo prazo ou aqueles não previstos no desenho da política<sup>14</sup>.

Portanto, a avaliação torna-se fundamental, na medida em que possibilita um olhar crítico sobre o que está sendo feito e uma comparação com o que deveria estar ocorrendo, possibilitando correções e melhorias nos processos em busca de melhores resultados<sup>15</sup>.

### 1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Góes e Figueiredo apontam uma lacuna em relação à avaliação dos serviços públicos que oferecem tratamentos odontológicos no Brasil. Além disso, apontam que esse tipo de avaliação tem sido alvo de esforços para o desenvolvimento de instrumentos válidos para tal fim e, também, apresentam a área odontológica como a “caixa preta” do setor saúde<sup>18</sup>.

Reconhecer a saúde bucal como saúde em amplo senso e, portanto, um direito, é o desafio inicial que se encerra na busca da avaliação para melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde bucal ofertados à população<sup>19</sup>.

Em 2004, a publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal sugeriu a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis. De acordo com a Política, cabe à atenção primária detectar as necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso, monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a preservação da reabilitação. Ao nível primário da atenção, desempenham-se ações de promoção e proteção da saúde – que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo – e ações de recuperação da saúde – que estão vinculadas ao atendimento clínico individual, constituindo-se desde o diagnóstico ao tratamento das doenças<sup>20</sup>.

Em que pese a ampliação considerável da cobertura de equipes de saúde bucal e as mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, ainda são necessários esforços para a redução das iniquidades no acesso, o aperfeiçoamento no processo de cuidado e a utilização da epidemiologia para o planejamento das ações em saúde bucal<sup>19,20</sup>.

### 1.4 POR QUE INTEGRALIDADE?

O DeCS<sup>20</sup>, Descritores em Ciências da Saúde, vocabulário estruturado e trilingue que foi criado em 1982 pela BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica em bases de dados, define a integralidade como:

"Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações."

Ampliam essa descrição autores como Gonzáles e Almeida<sup>22</sup>, ao afirmarem que integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos em cada nível de complexidade, e ainda destacam que, para os usuários do SUS, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

A integralidade da atenção é um mecanismo importante, porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde. Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveriam. Os próprios pacientes reconhecem a importância da integralidade e expressam insatisfação com a sua ausência. Na clássica e necessária obra 'Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia', de Bárbara Starfield (2002), a integralidade é apontada como a segunda característica mais importante do cuidado, depois da continuidade, para os pacientes que procuram um serviço de atenção primária<sup>23</sup>.

A integralidade é, assim, entendida por quanto a variedade disponível de serviços atende às necessidades que são comuns em todas as populações e às necessidades que são comuns na população atendida, bem como a extensão na qual há evidências de que os serviços são usados de forma adequada para atender a essas necessidades<sup>23</sup>.

A autora apresenta, ainda, que a complexidade da prática de atenção primária está associada à extraordinária variabilidade no desempenho. Além disso, a totalidade com a qual os serviços de saúde são capazes de reconhecer os problemas e necessidades na população, a adequação de seu diagnóstico e os procedimentos de tratamento, além das características da população, que significam a probabilidade de aceitação das atividades preventivas, influenciarão na escolha entre as abordagens de atenção primária e de saúde pública<sup>23</sup>.

Em alguns países, a exemplo do Brasil, a especificação dos serviços que deveriam ser prestados na prática clínica dos serviços de saúde pública é estabelecida por uma política nacional. Frequentemente, as decisões quanto ao que deveria ser coberto são tomadas pela limitação da disponibilidade de recursos para a atenção clínica; onde existe pouco ou nenhum recurso para prestar um serviço definido, não é necessária nenhuma decisão individual sobre sua utilidade para qualquer indivíduo específico, porque simplesmente não está disponível para ninguém. Claramente, essa é a abordagem mais equitativa para especificar a variação de serviços a serem prestados<sup>23</sup>. O que vai ao encontro do modelo conceitual desta tese, na medida em que se propõe a avaliar o desempenho das equipes de saúde bucal participantes do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de todo o território nacional, na provisão de cuidado integral em saúde bucal.

Ademais, Starfield<sup>23</sup> afirma que a integralidade pode ser avaliada de duas formas. Averiguando-se a disponibilidade de uma variedade de serviços, ou então, determinando-se a extensão em que os serviços necessários são prestados.

Em linhas gerais, tais conceitos aproximam-se da ideia de integralidade que essa tese busca apresentar e discutir, um termo que abrange muitos outros, um termo plural, ético e democrático. Porém, não se pode apenas tratar bem os usuários, é preciso garantir-lhes o acesso aos serviços de saúde e, a partir do primeiro contato, prover cuidado de qualidade, com eficácia, eficiência e efetividade. É nesse contexto de relações, contradições, construções e transformações que a integralidade ganha seu próprio sentido<sup>24</sup>.

A escolha da integralidade como linha condutora desse estudo dá-se principalmente porque, dentre todos os princípios do SUS, a integralidade é o único indiscutivelmente finalístico, um atributo do que se espera da Atenção Primária a Saúde e do próprio SUS. Pinheiro e colaboradores afirmam que atenção integral não é simplesmente a manutenção dos corpos "funcionando" com o consumo de bens de serviço de saúde. O que se deve objetivar é que as necessidades de pessoas e grupos populacionais sejam atendidas de uma maneira ampliada<sup>25,26</sup>.

As ações preventivas diferem radicalmente das assistenciais. Por exemplo, as ações preventivas não são demandadas pelos usuários, enquanto que as assistenciais, em geral, são muito demandadas. Por isso, não se pode simplesmente defender a utilização de tecnologias de diagnóstico precoce ou incentivar

comportamentos supostamente mais saudáveis de modo articulado com as ações assistenciais. Integralidade e prudência devem andar juntas<sup>22,25</sup>.

Contudo, defender a integralidade não implica menosprezar todos os conhecimentos técnicos sobre as doenças, pois a integralidade não existe sem conhecimento técnico. O que se busca é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, e, acima de tudo, um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos<sup>22</sup>, desde a necessária prevenção até a iminente assistência reabilitadora.

Ceccim<sup>27</sup> diz que mais do que doenças, o que temos são adoecimentos. E as pessoas não adoecem de forma igual, mesmo que a doença seja a mesma. É preciso que os profissionais de saúde tratem, cuidem e acompanhem não a doença, mas os adoecimentos. Com isso, o foco das práticas de saúde sai da doença e se direcionada às pessoas, sua história individual e coletiva<sup>27</sup>.

Nesse sentido, o uso da avaliação em saúde, sobretudo o PMAQ-AB, ao avaliar acesso e qualidade, pode impulsionar a integralidade em saúde. Pois, antes mesmo da institucionalização da avaliação no SUS, Pinheiro e colaboradores apresentaram as experiências de um estudo multicêntrico em que as demandas, necessidades e ofertas de serviços foram tratadas como categorias indissociáveis na perspectiva de uma gestão compartilhada em saúde, envolvendo instâncias da política setorial e da sociedade civil. Os autores advogam que tal articulação definiria um patamar ético de programação e avaliação da qualidade, criando as possibilidades para o encontro das práticas cuidadoras e das avaliativas<sup>26</sup>.

De outro modo, do ponto de vista da integralidade, a dimensão do cuidado trata da perspectiva da criação de possibilidade de avaliação dos efeitos das práticas de saúde, em ato. Entende-se que um SUS mais forte implica, decisivamente, na garantia do direito à saúde e na integralidade no cuidado<sup>26</sup>.

Uma análise da produção científica do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS evidencia que o termo integralidade apresenta um conjunto de sentidos e significados com grande potencial de aproximar o desenvolvimento de políticas de saúde dos pressupostos éticos e organizacionais que fundamentam o SUS. Com isso, as questões e desafios em torno da materialização desse princípio na garantia de um cuidado integral à saúde contribuem de forma decisiva para o estabelecimento de um patamar ético e técnico capaz de orientar as relações entre gestores, profissionais e usuários no cotidiano das instituições de saúde, seja no

plano individual, em que o cuidado surge como ação inovadora capaz de gerar práticas eficazes, seja no plano sistêmico, no qual o acesso aos níveis de complexidade na rede de serviços de saúde se impõe como direito de cidadania<sup>26,28</sup>.

Portanto, no estudo “*Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil – Análise dos dados do PMAQ-AB*”, esse conceito é abordado no sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, tanto em necessárias práticas preventivas quanto em imperativas ações curativas e reabilitadoras em Saúde Bucal.

### 1.5 PMAQ-AB: A POLÍTICA PÚBLICA ENCONTRA A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB), mais recentemente ampliado à Atenção Secundária em Saúde Bucal pelos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), posiciona gestores, equipes de saúde e usuários do SUS na avaliação dos serviços de saúde brasileiros. Ao incorporar etapas de contratualização, desenvolvimento de autoavaliação e monitoramento, avaliação externa e recontratualização, o PMAQ-AB consolida a avaliação em saúde no Brasil. Dentre seus principais objetivos, destacam-se a indução da ampliação do acesso; a melhoria da qualidade da atenção básica; a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente e; por fim, a demonstração de transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica<sup>15,29</sup>.

Autores como Pinto e colaboradores<sup>30</sup> reafirmam a proposição do PMAQ-AB em induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica como parte das redes prioritárias, pois ela deve se constituir como porta de entrada resolutiva para as necessidades de saúde, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção e, portanto, a integralidade.

Dentre a escassa produção científica mais recente publicada a partir de dados aferidos pelo PMAQ-AB, com destaque para a Saúde Bucal, Casotti et al<sup>15</sup> analisaram dois atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde, o acesso de primeiro contato, entendido naquele estudo como a oferta de um ponto de entrada facilmente acessível aos usuários e a integralidade, expressa pela capacidade do

serviço em reconhecer as necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordá-las.

O instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB foi organizado em três Módulos: I – Observação nas Unidades Básicas de Saúde; II – Entrevista com a equipe de atenção básica e verificação de documentos; e III – Entrevista com os usuários dos serviços de atenção básica sobre satisfação e condições de acesso e utilização dos serviços de saúde<sup>29</sup>.

Os dados avaliados nesta tese referem-se às avaliações do Módulo I, em que as condições de infraestrutura foram verificadas na totalidade das Unidades Básicas de Saúde do Brasil e do Módulo II, respondido pelos profissionais de saúde, mediante entrevista e verificação de documentações in loco. Assim sendo, a tese *“Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil – Análise dos dados do PMAQ-AB”* apresenta as análises dos dados do censo das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB no ano de 2012, estabelecendo correspondência entre as questões selecionadas nos Módulos I e II e o atributo da integralidade em Saúde Bucal, avaliando a oferta de cuidado em saúde, no que diz respeito às práticas preventivas e às ações curativas e reabilitadoras em Saúde Bucal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar o desempenho das equipes de saúde bucal participantes do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de todo o território nacional, na provisão de cuidado integral em saúde bucal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar a associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos preventivos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.

Avaliar a associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.

### **3 MANUSCRITOS**

Os manuscritos apresentados a seguir compõem a tese intitulada “*Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil – Análise dos dados do PMAQ-AB*” e serão submetidos ao periódico Cadernos de Saúde Pública:

Manuscrito 1

**Atenção básica à Saúde Bucal no Brasil: da prevenção à integralidade**

Manuscrito 2

**Atenção odontológica no Brasil e fatores associados: considerações de uma análise multinível.**

### 3.1 MANUSCRITO 1

**Título:**

**Atenção básica à Saúde Bucal no Brasil: da prevenção à integralidade**

Título em Inglês:

Primary Care Dentistry in Brazil: from prevention to comprehensive care

Matheus Neves<sup>1,2</sup>, Fernando Neves Hugo<sup>1,3</sup>

1- Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2- Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil

3- Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Autor para Correspondência:

Fernando Neves Hugo

Centro de Pesquisa em Odontologia Social- FO UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492,

Porto Alegre/RS, Brasil.

CEP 90035-003

E-mail: [fernandoneveshugo@gmail.com](mailto:fernandoneveshugo@gmail.com)

## RESUMO

No Brasil, desde a incorporação da odontologia na atenção primária à saúde, novas possibilidades de abordagens e de estruturação do processo de trabalho são possíveis. O acolhimento do usuário, a longitudinalidade do cuidado e o trabalho multiprofissional, oportunizam ações voltadas à promoção da qualidade de vida por meio da prevenção, da promoção e da recuperação da saúde. Contudo, há que se questionar se tal mudança produziu impactos na situação de saúde bucal. Este estudo objetiva avaliar a associação entre aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos preventivos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil. Trata-se de um estudo seccional, exploratório, com amostra de 10334 equipes de saúde bucal (ESB) da atenção primária a saúde, correspondendo a 83,3% do total das 12403 ESB avaliadas no país. O desfecho incluiu a realização do conjunto dos seguintes procedimentos preventivos: aplicação tópica de flúor, a aplicação de selantes, a detecção de lesões bucais e o acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca. Tais variáveis foram observadas junto ao Módulo II e o desfecho foi dicotomizado entre as equipes de saúde bucal que realizavam ou não a totalidade daquele rol de procedimentos odontológicos preventivos. Foi empregada a análise multinível para avaliar a associação entre exposições e o desfecho com controle de confusão para as variáveis independentes em cada nível de análise. Foi utilizado um modelo de regressão de Poisson Multinível para obtenção das razões de prevalência – RP brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A prevalência de realização de procedimentos odontológicos preventivos, foi de 29,46% (3044/10334 - IC95% 28,57 – 30,33). Em síntese, os municípios das macrorregiões sudeste e sul, com porte populacional acima de 500 mil habitantes, que apresentam IDH alto (superior a 0,70), cuja proporção de internações sensíveis à Atenção Básica era menor que 28% e cuja média da razão de ação coletiva de escovação dental supervisionada foi superior a 8/100 habitantes; além, das equipes de saúde bucal na modalidade II, que, têm selantes à disposição, realizam acolhimento, respondem ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, oferecem cuidado continuado e cujo CD realiza visita domiciliar realizaram o conjunto de procedimentos preventivos mais frequentemente. Por fim, enfatiza-se neste estudo a aproximação das relações entre o processo de produção do conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre políticas e programas de saúde, o qual deve basear-se em evidência científica. A promoção da saúde comprometida com o enfrentamento das inequidades intra e interregionais tem potência para fortalecer os princípios doutrinários e organizativos do SUS, além de qualificar a integralidade do cuidado em saúde bucal.

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

## ABSTRACT

In Brazil, since the incorporation of dentistry in primary health care, new possibilities and approaches of the working process are possible. The user host, the longitudinality of care and multidisciplinary work, give opportunity for actions aimed at promoting the quality of life through prevention, promotion and recovery of health. However, one must question whether such a change produced impacts on oral health situation.. This study aims to evaluate the association between socio-demographic contextual aspects, the health system indicators of Brazilian municipalities, the working process characteristics and the performance of a list of preventive dental procedures by oral health teams assessed during the first cycle PMAQ- AB in Brazil. This is a cross-sectional, exploratory study with a sample of 10,334 oral health teams (ESB) of primary health care, corresponding to 83.3% of total 12403 ESB evaluated in the country. The outcome included the implementation of all of the following preventive procedures: topical application of fluoride, applying sealants, detection of oral lesions and the monitoring of suspected or confirmed cases of oral cancer. These variables were observed with the Module II and the outcome was dichotomized between oral health teams who performed or not all of that list of preventive dental procedures. It was used multilevel analysis to assess the association between exposure and outcome with confusion control for the independent variables at each level of analysis. Multilevel Poisson regression model was used to obtain the prevalence ratios, crude PR and adjusted, with their respective confidence intervals of 95% and 5% significance level. The prevalence of performance of preventive dental procedures was 29.46% (3044/10334 - 95% CI 28.57 to 30.33). In summary, the municipalities in the southeast and south macro-regions with population size over 500 thousand inhabitants, which have high HDI (greater than 0.70), the proportion of hospitalizations sensitive to Primary Care was less than 28% and an average of reason collective action of supervised toothbrushing was over 8/100 inhabitants; in addition, the oral health teams in modality II, which have sealants available, perform host respond to host second risk assessment and vulnerability provide continued care and whose dentist makes home visits performed the set of preventive procedures more often. Finally, we emphasize in this study to approximate the relationship between the production process of knowledge and decision-making process on health policies and programs, which should be based on scientific evidence. Health promotion committed to tackling the intra- and interregional inequalities have power to strengthen the doctrinal and organizational principles of the SUS, and qualify the whole of oral health care.

**Keywords:** Health Services Evaluation; Dental Health Services; Public Health Dentistry; Comprehensive Dental Care; Preventive Dentistry; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir do ano 2000, um modelo baseado na incorporação da odontologia na atenção primária à saúde, trouxe novas possibilidades de abordagens e de estruturação do processo de trabalho devido a características como o acolhimento do usuário, a longitudinalidade do cuidado e o trabalho multiprofissional. Tal abordagem passou a oportunizar ações voltadas à promoção da qualidade de vida por meio da prevenção, da promoção e da recuperação da saúde<sup>1</sup>.

Importantes estudos têm demonstrado dados positivos do impacto deste modelo de atenção nos indicadores de saúde, após mais de uma década de sua implementação; Macinko et al<sup>2</sup> e Aquino et al<sup>3</sup> sugerem que o modelo de atenção primária à saúde executado no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, tem um importante efeito na redução dos índices de mortalidade infantil e, também, na redução das iniquidades em saúde.

Em oposição aos achados relativos à mortalidade infantil, autores como Souza & Roncalli<sup>4</sup> e Pereira et al<sup>5</sup> concluíram que a maioria dos municípios brasileiros apresenta pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Tais resultados contraditórios questionam, uma vez mais, se esse fenômeno estaria relacionado ao processo de trabalho ou ao modelo de atenção<sup>6</sup>. Uma vez que, as mudanças em um modelo assistencial, no caso o odontológico, segundo Souza & Roncalli<sup>4</sup>, dependem, dentre outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços, de processos de capacitação e do envolvimento da equipe; a resposta mais adequada, portanto, parece recair sobre o processo de trabalho<sup>6</sup>. Ressalta-se, assim, que para avaliar o processo de trabalho resolutivo e integral em saúde bucal, duas análises são importantes: a avaliação da estrutura disponível e a capacitação estratégica da equipe<sup>6</sup>.

Além disso, uma extensa variação na prestação de serviços odontológicos tem sido observada, levantando preocupações em relação à adequação dos cuidados ofertados aos usuários. A oferta de serviços tem sido relacionada a uma série de fatores, que vão desde o perfil profissional, passando pelo processo de trabalho e culminando na satisfação do usuário. Portanto, modelos mais abrangentes de investigação do processo de prestação de serviços intencionam qualificar a compreensão de quais fatores influenciam o padrão de cuidados ofertados por um serviço de saúde<sup>7</sup>.

O Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a

ampliação da capacidade da gestão do Sistema Único de Saúde e a ampliação da oferta e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde, em face das necessidades de saúde da população. O PMAQ-AB instituiu recursos financeiros adicionais para os municípios participantes, os quais estão condicionados ao alcance de padrões de acesso e qualidade, e se operacionaliza em ciclos de adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A conclusão do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ se deu em agosto de 2012 e institucionalizou a avaliação em saúde no Brasil, especialmente na Estratégia Saúde da Família, modelo predominante de Atenção Primária à Saúde no SUS<sup>8</sup>.

Este artigo vai um passo além, ao promover o encontro entre a política de avaliação de serviços de saúde vigente no Brasil e a evidência científica, a fim de qualificar o processo de (re)construção de tais políticas. Pois construir políticas de saúde baseadas em evidências, é um meio de assegurar que a tomada de decisões será influenciada pela melhor evidência de pesquisa disponível, mesmo enquanto se reconhece a multiplicidade de fatores que influenciam a formulação da política de avaliação de serviços de saúde<sup>9</sup>.

Para tanto, tem como objetivo avaliar a associação entre aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos preventivos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento e fonte dos dados**

Trata-se de um estudo seccional, de natureza exploratória, cuja coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica em 17479 equipes de atenção básica de todo Brasil. O PMAQ-AB recebeu a adesão e contratualização de 3.972 municípios brasileiros (71,3%), observou condições de infraestrutura e ambiência na totalidade das Unidades Básicas de Saúde (38.811 – 100%), analisou 17.479 Equipes de Atenção Básica, dentre as quais 12.403 contavam com equipe de saúde bucal, e entrevistou 65.700 usuários em todas as regiões do Brasil.

Os dados referentes à equipe de saúde foram provenientes da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados secundários, referentes aos municípios brasileiros participantes do PMAQ-AB, foram coletados junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>10</sup> e Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde (IDSUS)<sup>11</sup>.

### **Amostra do estudo**

Para este estudo foram consideradas 10334 equipes de saúde bucal (ESB) da atenção primária a saúde, correspondendo a 83,3% do total das 12403 ESB avaliadas no país, incluídas conforme esquema apresentado na figura 1.

### **Cenário das equipes de saúde bucal e coleta de dados**

Conforme a nota metodológica do PMAQ-AB, o programa organizou-se em quatro fases que se complementaram e que conformaram um ciclo contínuo de indução de processos que objetivaram assegurar maior acesso e qualidade na Atenção Básica<sup>12</sup>.

Tais fases foram compostas pela (1) adesão e contratualização do município ao programa; (2) desenvolvimento de ações de qualificação dos processos de trabalho e de gestão; (3) avaliação externa, para verificar os resultados das equipes e dos gestores da atenção básica e (4) recontratualização, a fim de incrementar os indicadores de qualidade e estimular a sistematização da avaliação pelo PMAQ-AB<sup>12</sup>.

A terceira fase do PMAQ-AB consistiu na avaliação externa. Para operacionalizar esta fase, o Ministério da Saúde contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa que visitaram as Equipes de Atenção Básica e aplicaram os instrumentos avaliativos contendo padrões de qualidade estabelecidos de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, além de conhecimentos técnicos e científicos atuais, considerando a competência dos atores envolvidos<sup>12</sup>.

O instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB foi organizado em três Módulos: I – Observação na Unidades Básicas de Saúde; II – Entrevista com a equipe de atenção básica e verificação de documentos; e III – Entrevista com os usuários dos serviços de atenção básica sobre satisfação e condições de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Os dados do presente estudo referem-se às avaliações do Módulo I, em que as condições de infraestrutura foram verificadas na totalidade das Unidades Básicas de Saúde do Brasil e do Módulo II, respondido pelos profissionais de saúde, mediante

entrevista e verificação de documentações in loco, perfazendo um total de 12403 equipes de saúde bucal avaliadas. Assim sendo, para o presente estudo foram analisados os dados do censo das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB.

A aplicação dos instrumentos avaliativos de coleta de dados deu-se entre maio e dezembro de 2012. Para o trabalho em campo, avaliadores externos foram selecionados e treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ-AB. Cabe ressaltar que os instrumentos avaliativos foram produzidos por meio de um consenso entre pares e previamente testados<sup>12</sup>.

Para a coleta de dados, os avaliadores utilizaram computadores portáteis do tipo *tablet*. Após a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via internet a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados e então passassem a compor o banco de dados do PMAQ-AB.

### **Variáveis estudadas**

A variável dependente deste estudo foi a realização de procedimentos odontológicos preventivos, para tanto, criou-se uma variável derivada da aplicação tópica de flúor, da aplicação de selantes, da detecção de lesões bucais e do acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca. Tais variáveis foram observadas junto ao Módulo II e o desfecho foi dicotomizado entre as equipes de saúde bucal que realizavam ou não a totalidade daquele rol de procedimentos odontológicos preventivos.

As variáveis independentes foram estudadas em duas disposições: variáveis contextuais e variáveis relacionadas às equipes de saúde bucal.

As exposições do nível contextual abordaram aspectos sociodemográficos e do sistema de saúde dos municípios avaliados pelo PMAQ-AB. Os aspectos sociodemográficos incluíram as variáveis macrorregião nacional, porte populacional do município e índice de desenvolvimento humano (IDH). Para compor a dimensão do sistema de saúde utilizaram-se os indicadores cobertura de saúde bucal, proporção de internações sensíveis à Atenção Básica<sup>13</sup> média de ação coletiva de escovação dental supervisionada e proporção de exodontias entre procedimentos odontológicos selecionados.

Para a descrição das macrorregiões brasileiras, utilizou-se a classificação do IBGE: nordeste, norte, centro-oeste, sul e sudeste<sup>10</sup>. Para classificar o porte populacional dos municípios, esta variável foi categorizada em menor do que 5 mil habitantes, entre 5 e 10 mil habitantes, entre 10 e 50 mil habitantes, entre 50 e 100 mil habitantes, entre 100 e 500 mil habitantes e municípios com mais de 500 mil habitantes. O IDH foi classificado em baixo ( $\leq 0,62$ ), médio (entre 0,62 e 0,70) e alto ( $> 0,70$ )<sup>14</sup>. O indicador de cobertura de saúde bucal foi categorizado em municípios com até 4 mil habitantes adscritos a uma equipe de saúde bucal e municípios cuja proporção foi maior<sup>11</sup>. Para os demais indicadores, utilizaram-se os parâmetros elencados no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde<sup>11</sup> a saber: 28,6% de internações sensíveis à atenção básica (ISAB) em relação a todas as internações clínicas; razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população de determinado município (8 residentes por 100 habitantes) e, por fim, percentual das extrações dentárias de residentes em determinado município e ano (8% de exodontias). Tais indicadores foram categorizados em acima ou abaixo dos parâmetros citados acima.

Para compor as exposições do nível relacionado às equipes de saúde bucal incluíram-se a presença de insumos para a atenção odontológica (cimentos diversos e selantes), o acolhimento, a resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, a continuidade do cuidado, a realização de visita domiciliar pelo Cirurgião-dentista e a modalidade da equipe de saúde bucal.

Para o estudo das variáveis referentes à disponibilidade de insumos para atenção odontológica os cimentos diversos e os selantes foram categorizados em disponíveis ou indisponíveis. O acolhimento foi definido pela questão “Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal? Sim ou Não”. A resposta ao acolhimento foi investigado pela “Oferta é definida em função do risco identificado? Sim ou Não”. A presença ou não da continuidade do cuidado foi avaliada caso “A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?”. A realização da visita domiciliar foi identificado pelo apontamento de “quais os profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar” em que o Cirurgião-dentista deveria ser apontado como um daqueles profissionais. Por fim, a modalidade da equipe de saúde bucal foi avaliada pela questão que apontou a “quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica” em que Cirurgião-dentista (CD), Técnico em saúde bucal (TSB) e Auxiliar em saúde bucal (ASB)

deveriam ser identificados, esta variável foi categorizada em “não há ASB e TSB”, “Há pelo menos um profissional auxiliar – Modalidade I” e “Há ASB e TSB – Modalidade II”, conforme legislação vigente<sup>15</sup>.

As variáveis independentes que compõem o nível referente às características da equipe de saúde e os insumos disponíveis à atenção odontológica foram identificadas nos Módulos I e II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB<sup>16</sup>.

### **Análise dos dados**

Utilizou-se o software *Stata* versão 11 para análise dos dados. Assumiu-se como referência para este estudo, a abordagem hierárquica para avaliar a associação entre as variáveis contextuais sociodemográficas e do sistema de saúde e as características das equipes de saúde bucal e insumos disponíveis para atenção odontológica, seguindo a metodologia de análise hierárquica proposta por Fuchs et al (1996)<sup>17</sup>, conforme demonstra a figura 2. Inicialmente, descreveram-se as variáveis contextuais e referentes à equipe de saúde bucal por meio das frequências absolutas e relativas.

Foi empregada a análise multinível para avaliar a associação entre exposições e o desfecho com controle de confusão para as variáveis independentes em cada nível de análise<sup>17-19</sup>. Em seguida, foi utilizado um modelo de regressão de Poisson Multinível (comando *xtpoisson*, com o subcomando *re* para os efeitos randômicos) para obtenção das razões de prevalência – RP brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Foram realizadas inicialmente as análises brutas em cada nível (contextual e equipes de saúde). Para a análise ajustada, as variáveis do nível contextual com  $p < 0,10$  foram consideradas fatores de ajuste ou controle de confusão para as variáveis relativas às equipes de saúde. Ao final, as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  foram considerados associadas ao desfecho.

### **Considerações éticas**

Este estudo, registrado sob o número 21904, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## RESULTADOS

Ao observar-se a prevalência de realização de procedimentos odontológicos preventivos, desfecho agrupado pela aplicação tópica de flúor somada à aplicação de selantes, à detecção de lesões bucais e ao acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, tem-se que dentre as 10,334 equipes de saúde bucal avaliadas, 29,46% (3044/10334) (IC95% 28,57–30,33) realizaram o rol de procedimentos preventivos elencados.

Em relação à prevalência de procedimentos odontológicos preventivos, as regiões Sul (37,5%) e Sudeste (37,3%) apresentaram maior prevalência quando comparadas às demais regiões. A maior ocorrência do desfecho foi nas cidades com mais de 500 mil habitantes (44,8%); nas cidades com IDH superior a 0,7 (38,9%) e com cobertura de saúde bucal de até 4 mil habitantes por equipe (32,4%).

Além disso, a maior prevalência do desfecho também ocorreu quando a proporção de internações sensíveis à Atenção Básica foi menor que 28% (39,9%); a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada foi maior ou igual a 8 residentes por 100 habitantes (34,5%) e quando a proporção de exodontias entre procedimentos selecionados foi menor que 8% (35,4%) conforme demonstra a Tabela 1.

Na análise ajustada para variáveis contextuais sociodemográficas e do Sistema de Saúde, a prevalência do desfecho na região Sudeste foi 59% maior do que na região Norte (RP 1,59; IC95%:1,26-2,01). Em relação ao porte populacional, cidades com > 500 mil habitantes tiveram 1,40 vezes maior ocorrência do desfecho quando comparadas às cidades ( $\leq$ 5 mil habitantes) (RP 1,40; IC95%:1,05-1,87). Cidades com IDH > 0,7 mostraram 62% maior prevalência do desfecho em relação às cidades com IDH  $\leq$  0,62 (RP 1,62; IC95%:1,35-1,96). Dentre as variáveis relacionadas ao Sistema de Saúde, a probabilidade de apresentar procedimentos odontológicos preventivos foi 16% maior (RP 1,16; IC95%:1,04-1,28) e 26% maior (RP 1,26; IC95%:1,11-1,44), respectivamente, nos municípios com proporção de internações sensíveis à Atenção Básica (<28%) e média de ação coletiva de escovação dental supervisionada ( $\geq$ 8 residentes por 100 habitantes), conforme demonstra a Tabela 1.

Em relação a variáveis da equipe de saúde e insumos para atenção odontológica, a maior prevalência do desfecho foi quando havia cimentos diversos disponíveis (30,5%), presença de selantes (34,7%), com acolhimento (32,0%) e com resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade (32,2%), com continuidade

do cuidado (32,0%), com visita domiciliar (37,2%) e quando havia ambas as modalidades da ESB (42,1%), conforme demonstra a Tabela 2.

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores do nível equipe de saúde, cidades com presença de acolhimento apresentaram 61% maior prevalência do desfecho quando comparadas às sem acolhimento (RP 1,61; IC95%:1,38-1,88); a presença do CD na visita domiciliar aumentou a probabilidade do desfecho em 66% ( $p < 0,001$ ), assim como quando havia a continuidade do cuidado (56% maior prevalência do desfecho). A modalidade da ESB também influenciou o desfecho, quando a equipe de saúde bucal contava com ASB e ESB – Modalidade II, a ocorrência foi 1,42 vezes maior do que quando não havia ASB ou TSB (RP 1,42; IC95%:1,13-1,80), conforme demonstra a Tabela 2.

Em síntese, dentre as variáveis contextuais sócio-demográficas e da equipe de saúde que se mantiveram associadas ao desfecho, os municípios das macrorregiões sudeste e sul, com porte populacional acima de 500 mil habitantes, que apresentam IDH alto (superior a 0,70) e cuja proporção de internações sensíveis à Atenção Básica é menor que 28% e cuja média de ação coletiva de escovação dental supervisionada é  $> 8/100$  habitantes; além, das equipes de modalidade II, que tem selantes à disposição, realizam acolhimento, respondem ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, oferecem cuidado continuado e cujo CD realiza visita domiciliar apresentaram associação estatisticamente significativa com a realização de um rol de procedimentos preventivos.

A variância (deviance) no modelo vazio (sem as variáveis independentes) foi -6612.66 e este valor reduziu para -6069.266 na análise multivariada.

## **DISCUSSÃO**

O objetivo deste estudo, de caráter exploratório, foi avaliar a associação entre aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos preventivos pelas equipes de saúde bucal no Brasil. Os resultados encontrados permitiram identificar os fatores associados à realização de procedimentos odontológicos preventivos, dentre os quais incluem-se a aplicação tópica de flúor, a aplicação de selantes, a detecção de lesões bucais e o acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca.

Destaca-se o ineditismo deste estudo e, por conseguinte, a sua relevância, considerando que o Programa Global de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde (OMS) tem dado visibilidade ao papel estratégico da saúde bucal na agenda de políticas públicas de saúde do mundo e tem enfatizado a importância de uma abordagem integrada da prevenção de doença. Doenças bucais têm fatores de risco comuns com outras doenças crônicas graves e doenças não transmissíveis e podem ser abordadas através da integração da saúde bucal no âmbito dos sistemas de saúde pública<sup>20</sup>.

Ao nível contextual, mantiveram-se associadas ao desfecho as variáveis referentes aos municípios das macrorregiões sudeste e sul, com porte populacional acima de 500 mil habitantes, que apresentam IDH alto e cuja proporção de internações sensíveis à Atenção Básica é menor que 28% e cuja taxa de ação coletiva de escovação dental supervisionada é  $>8/100$  habitantes.

Tais achados permitem reconhecer que o Brasil, historicamente, tem um modelo de desenvolvimento excludente, o qual promove a concentração dos recursos políticos, econômicos e sociais e que, conseqüentemente, aumenta a desintegração social e as iniquidades em saúde, historicamente evidenciadas, entre as cinco macrorregiões do Brasil<sup>21</sup>.

Emergem neste cenário importantes tópicos apontados há quase uma década pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde<sup>22</sup>. As tendências de urbanização, de transição demográfica, de crescimento econômico e de distribuição de renda registradas no país repercutem sobre o desenvolvimento social e sobre a política da saúde e podem auxiliar na explicação da distribuição desigual da realização de procedimentos preventivos pelas equipes de saúde bucal da atenção básica encontradas no presente estudo.

A literatura atual tem avançado na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população, no intuito de entender a correlação entre os macroindicadores socioeconômicos de uma sociedade, como por exemplo o IDH, com os indicadores de saúde. Aqui, enfatiza-se, uma vez mais, a associação das regiões sudeste e sul e do IDH elevado, acima de 0,70, com a realização de procedimentos preventivos odontológicos, demonstrando que o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui<sup>23,24</sup>.

Estudos vêm demonstrando que o principal mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Segundo vários autores, o desgaste do capital social em sociedades não equitativas explicaria em grande medida por que sua situação de saúde é inferior à de sociedades onde as relações de solidariedade são mais desenvolvidas. Países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva<sup>23</sup>.

Infelizmente, esses e outros importantes avanços no conhecimento dos determinantes sociais das condições de saúde e em particular das iniquidades de saúde, encontrados na literatura científica brasileira e internacional, não se acompanham de um correspondente avanço na utilização desse conhecimento para a definição de políticas de saúde no país<sup>23</sup>.

Um recente estudo italiano evidenciou um baixo nível de atenção para as desigualdades em saúde no planejamento regional das atividades de prevenção na Itália. A desigualdade regional naquele país parece associar-se com uma menor despesa com cuidados de saúde em relação ao Produto Interno Bruto Regional e com um nível mais elevado de capital social da região. Além disso, os autores identificaram que os projetos que abordam as desigualdades na saúde são altamente concentrados na prevenção em grupos de alto risco<sup>24</sup>.

Até aqui, este estudo aponta o entendimento de que a atenção primária no Brasil é uma construção social, a qual deve avançar para a construção de um modelo de atenção à saúde capaz de oferecer respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde; portanto, um modelo de abordagem integral<sup>25</sup>.

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, feita numa perspectiva internacional, mostra que eles são dominados pelos sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, sem o necessário enfoque à oferta de cuidados preventivos<sup>24</sup>. Na Europa, autores defendem que a mudança de tais abordagens exige um ministério de saúde forte, modernas infraestruturas de saúde pública e sistemas de saúde de alto desempenho e orientados à equidade<sup>26</sup>.

Além disso, em países como Canadá e Austrália, a evidência científica tem enfatizado a necessidade urgente de que os gestores em saúde pública sejam capazes de

compreender a importância da programação orientada para os determinantes estruturais da saúde. Naqueles países, é comum que as iniciativas governamentais de prevenção estejam focadas nos comportamentos individuais ligados a doenças crônicas e não nos fatores socioeconômicos e culturais que levam a tais comportamentos e, em última análise, à evolução das doenças<sup>27,28</sup>.

Além dos aspectos contextuais que se discutem neste estudo, é importante a observação das variáveis exploradas ao nível das equipes de saúde bucal. Os resultados apontam que as equipes que contam com ASB e TSB e que, além de terem selantes à disposição, realizam acolhimento, respondem ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, oferecem cuidado continuado e cujo CD realiza visita domiciliar, apresentaram associação estatisticamente significativa com a realização de procedimentos preventivos.

Uma extensa variação na prestação de serviços odontológicos tem sido observada no Brasil, o que levanta preocupações em termos de adequação dos cuidados ofertados aos usuários<sup>29</sup>. Autores como Pitts<sup>30</sup>, apresentam a filosofia da gestão do bem-estar como o estado da arte dos cuidados em saúde em algumas comunidades. A teoria reflete uma tentativa de garantir que os cuidados preventivos sejam otimizados pela intervenção precoce, além de gerar a compreensão e o desejo de otimizar e manter a saúde, em vez de sofrer de uma doença e suas consequências. Na gestão do bem-estar, filosofia que sustenta o desfecho deste estudo, faz-se necessária a mudança na prestação de serviços odontológicos para o manejo clínico das doenças bucais. Portanto, o tratamento deve ser baseado em uma avaliação diagnóstica completa, o que ajudaria profissionais e pacientes a corresponsabilizarem-se por abordagens individualizadas, preventivas e com planos para gerenciar e controlar o processo da doença ao longo da vida<sup>30</sup>.

Tais aspectos teóricos parecem explicar porque as variáveis independentes elencadas ao nível da equipe de saúde bucal, quais sejam a realização de acolhimento, a resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, a oferta de cuidado continuado e a realização de visita domiciliar CD, associaram-se positivamente ao desfecho.

Nos últimos anos, o Brasil experimentou considerável ampliação da cobertura de equipes de saúde bucal e mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, ainda assim, são necessários esforços para a redução das iniquidades no acesso, o aperfeiçoamento no processo de cuidado e a utilização da epidemiologia para o

planejamento das ações em saúde bucal. Ao nível primário da atenção, há que se desempenhar ações de promoção e proteção da saúde – que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo – e ações de recuperação da saúde – que estão vinculadas ao atendimento clínico individual, constituindo desde o diagnóstico ao tratamento das doenças<sup>31,32</sup>.

Nesse sentido, Góes e Figueiredo<sup>33</sup> apontam uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos que oferecem tratamentos odontológicos no Brasil, desafio inicial que se confirma na busca da avaliação para melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde bucal ofertados à população<sup>33</sup>.

As principais limitações deste estudo estão no seu delineamento transversal, o qual não possibilita afirmativas de causalidade. Além disso, as informações foram coletadas junto às equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB, portanto não foi realizada amostragem probabilística para as equipes que autorelataram a realização dos procedimentos preventivos elencados no desfecho. Por fim, um grande número de entrevistadores realizou a avaliação externa e, embora treinados, este fato pode acarretar viés de informação ao estudo.

A potencialidade deste estudo, para além da avaliação de serviços de saúde bucal, concentra-se em compreender a abordagem preventiva da saúde bucal na atenção primária, para então produzir evidências capazes de qualificá-la. Além disso, entende-se que os estudos multinível, por incorporarem variáveis contextuais sócio-demográficas, ampliam a visão permitida pelo PMAQ-AB e permitem que a avaliação de serviços e equipes de saúde sejam portadores de futuro como fomento à qualidade.

Ademais, esta discussão traz a contribuição de autores como Lamarca & Vettore<sup>34</sup> ao citarem a “Lei da prevenção inversa”, situação em que aqueles com maiores necessidades de se beneficiar com intervenções preventivas em nível coletivo são os menos propensos a recebê-las. Ou seja, as intervenções efetivas e de melhor custo-benefício são mais acessíveis para os grupos populacionais sociais mais favorecidos (de baixo risco para doenças) do que para os grupos menos favorecidos (de alto risco para doenças), gerando um aumento nas iniquidades sociais em saúde<sup>34</sup>. Teoria confirmada por este estudo de base nacional em saúde bucal, sendo que não foram encontrados estudos prévios confirmando-a em relação à saúde bucal.

Dessa forma, apesar das comunidades mais pobres possuírem maior necessidade de medidas curativas e preventivas em saúde, em geral, essas não são beneficiadas por programas de saúde que dependem de uma distribuição equânime de componentes

macro-contextuais relacionados às condições de vida. Quando estas ações chegam aos mais pobres os benefícios são muito tardios e antagônicos à necessidade<sup>34</sup>.

Lorenc e colaboradores<sup>35</sup>, em recente revisão sistemática, apresentam alguns tipos de intervenções mais susceptíveis ao aumento das desigualdades e outras com potencial de redução. Apesar de não existir evidências suficientes para suportar que intervenções possam reduzir ou aumentar as desigualdades em saúde, há relatos de que as intervenções mais proximais, que incidem sobre as mudanças de comportamento individuais são mais susceptíveis de aumentar as desigualdades do que as intervenções mais distais. Na verdade, intervenções mais proximais não parecem reduzir as iniquidades sociais em saúde, ao contrário, podem aumentá-las, gerando uma gama de questões relacionadas à própria intervenção em si, incluindo sua eficácia, tipo de prestação do serviço ou de acesso, captação, e vigilância em saúde<sup>35</sup>.

Por fim, enfatiza-se neste estudo a aproximação das relações entre o processo de produção do conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre políticas e programas de saúde, o qual deve basear-se em conhecimentos e evidências. Observa-se, atualmente, que ambos os processos costumam desenvolver-se em separado, com lógicas, agentes e espaços institucionais específicos. Por outro lado, a aproximação entre pesquisa em saúde e políticas de saúde com vistas à promoção da integralidade, não significa a despolitização das decisões sobre políticas em nome de uma racionalidade centralizadora baseada em evidência científica<sup>21,23</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível explorar a distribuição desigual da realização de procedimentos odontológicos preventivos no Brasil, bem como seus condicionantes e o quanto importante é o efeito contextual nessas iniquidades, principalmente em relação às diferenças macrorregionais.

A promoção da saúde comprometida com o enfrentamento das inequidades intra e interregionais tem potência para fortalecer os princípios doutrinários e organizativos do SUS, além de qualificar a integralidade do cuidado em saúde bucal.

Para tanto, deve-se operacionalizar as seguintes estratégias: a integração da saúde bucal nos sistemas de cuidados em atenção primária, mecanismos de colaboração inter-profissional, prevenção baseada em comunidade e promoção da saúde bucal entre todos os profissionais de saúde.

Este será o início de um processo, suportado pelo desenvolvimento de capacidades estratégicas para todos os profissionais que farão parte de uma nova era de saúde, mais dedicado a soluções preventivas integradas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. [acesso em 10 de abril 2016]. Disponível em: [http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)
2. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):13-9.
3. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):87-93.
4. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Nov;23(11):2727-39.
5. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Apr 03]; 28(3):449-462.
6. Pereira AC. Saúde coletiva: métodos preventivos para doenças bucais. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2013.p.128.
7. Brennan DS, Spencer AJ. The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Jun;33(3):181-95.
8. Barreto JOM. Pay-for-performance in health care services: a review of the best evidence available. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 May; 20(5):1497-1514.
9. Shroff Z, Aulakh B, Gilson L, Agyepong IA, El-Jardali F, Ghaffar A. (2015). Incorporating research evidence into decision-making processes: researcher and decision-maker perceptions from five low and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*. 2015 Nov; 13:70.
10. IBGE.[acesso em 14 de Abril de 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>
11. IDSUS. [acesso em 14 de abril de 2016]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>

12. Nota metodológica PMAQ 2013. [acesso em 20 de março de 2016]. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_pmaq.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União. 2008 abr. 18; Seção 1. p.70.
14. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. [acesso em 20 de março de 2016]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União. 2012 dez. 27; Seção 1. p.205.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. Rev. Saúde Pública. 1996 Abr;30(2):168-78.
18. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2015 Mar;31(3):487-495.
19. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. 2<sup>nd</sup> Edition. Stata Press; 2008.p.
20. OMS. [acesso em 30 de maio de 2016]. Disponível em: <https://apps.who.int/ngostatements/content/world-federation-public-health-associations-wfpha-1>
21. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, de Sá RF. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. Ciência & Saúde Coletiva. 2014 Nov;19(11):4313-4322.
22. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. [acesso em 20 de março de 2016]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)

23. Buss PM, Pellegrini Filho 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. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Sep; 22(9):2005-2008.
24. De Vito C, Massimi A, Di Thiene D, Rosso A, D'Andrea E, Vacchio MR, et al. Low level of attention to health inequalities in prevention planning activities of the Italian Regions. *International Journal for Equity in Health*. 2016;15:28.
25. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Aug;15(5):2297-2305.
26. Jakab Z. Promoting health and reducing health inequities in Europe. *Lancet*. 2012 Sep;380:951-3.
27. Gore DM, Kothari AR. Getting to the root of the problem: health promotion strategies to address the social determinants of health. *Can J Public Health*. 2013 Jan;104(1):e52-4.
28. Baum F, Fisher M. Are the national preventive health initiatives likely to reduce health inequities?. *Aust J Prim Health*. 2011;17:320-6.
29. Brennan DS, Spencer AJ. The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Jun;33(3):181-95.
30. Pitts, NB. Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice?. *Caries Res*. 2004 May-Jun;38(3):294-304.
31. Calvo MCM, Colussi CF, Rocha RACP, Goes PSA. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2012.p.181-93.
32. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Dec;24(12):2871-80.
33. Goes PSA, Figueiredo N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2012.p.157-66.
34. Lamarca G, Vettore M. Lei de prevenção inversa: é possível que as intervenções em saúde pública aumentem as desigualdades sociais?. 2013. [acesso em 10 de

maio de 2016]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/lei-de-prevencao-inversa-e-possivel-que-as-intervencoes-em-saude-publica-aumentem-as-desigualdades-sociais/>

35. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Feb;67(2):190-3.

FIGURA 1

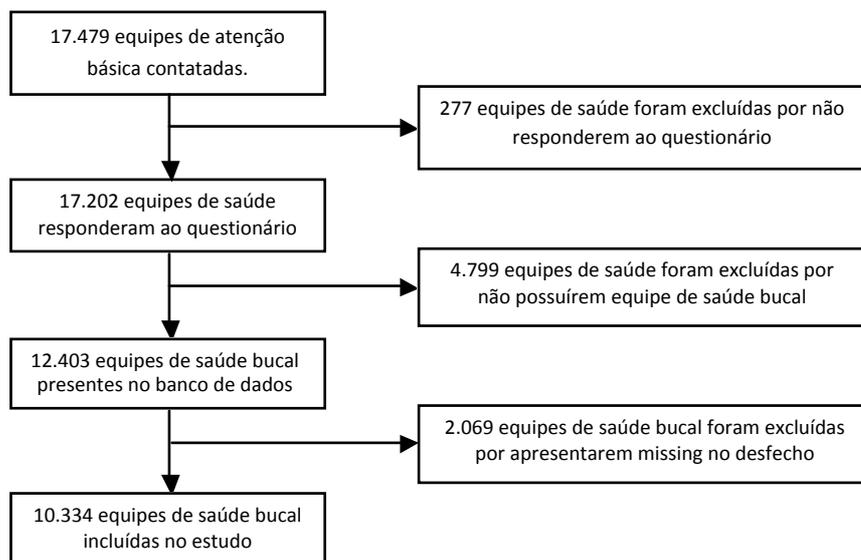


Figura 1: Fluxograma da inclusão e exclusão das equipes de saúde bucal no estudo.

FIGURA 2

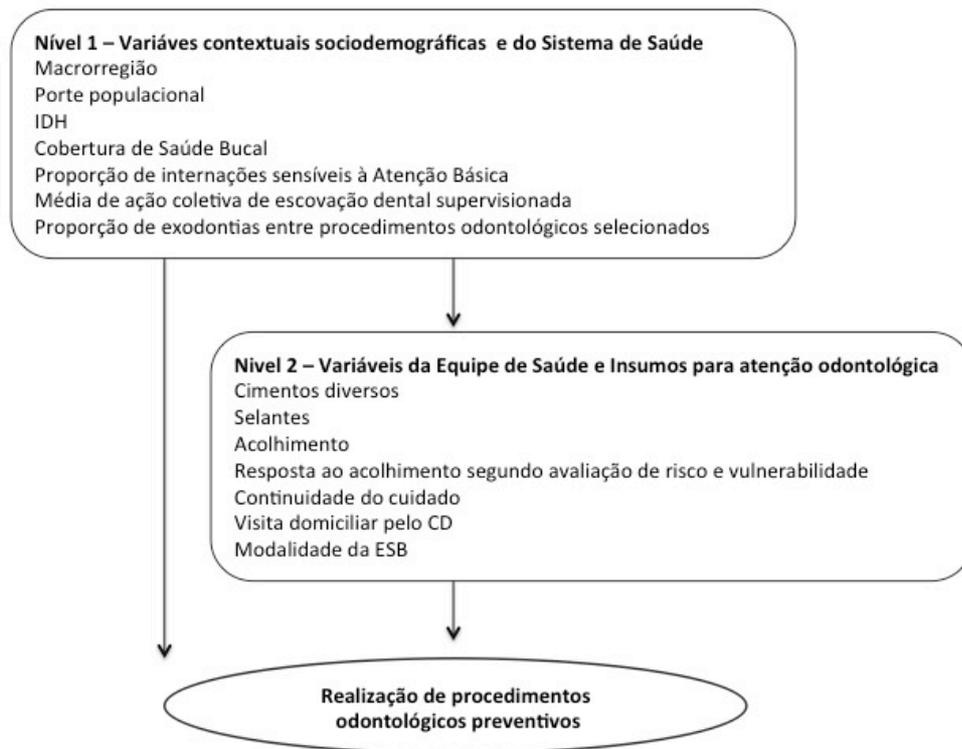


Figura 2. Modelo teórico hierárquico para avaliar a relação entre as variáveis contextuais e as características das equipes de saúde bucal sobre a realização de procedimentos preventivos.

## TABELAS

**Tabela 1:** Descrição da amostra, prevalência de realização de procedimentos odontológicos preventivos e razão de prevalência bruta e ajustada para as variáveis contextuais sociodemográficas e do Sistema de Saúde, Brasil, 2012 (n=10,344)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de Procedimentos Preventivos (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
<b>Macrorregião</b>					
Norte	659 (6,38)	17,9 (14,9 – 20,8)	1,0	1,0	
Nordeste	4016 (38,86)	22,4 (21,2 – 23,8)	1,23 (0,99–1,53)	1,38 (1,10–1,73)	0,006
Centro-oeste	739 (7,15)	24,9 (21,8 – 28,0)	1,42 (1,08–1,85)	1,15 (0,87–1,53)	0,312
Sudeste	3263 (31,58)	37,3 (35,6 – 39,0)	2,07 (1,66–2,58)	1,59 (1,26–2,01)	<0,001
Sul	1657 (16,03)	37,5 (35,3 – 39,9)	1,94 (1,55–2,45)	1,46 (1,14–1,88)	0,003
<b>Porte Populacional</b>					
≤ 5 mil	754 (7,30)	28,6 (25,4 – 31,9)	1,0	1,0	
> 5 mil até ≤ 10 mil	1027 (9,94)	23,4 (20,8 – 26,0)	0,82 (0,67–0,99)	0,93 (0,76–1,12)	0,446
> 10 mil até ≤ 50 mil	4326 (41,86)	24,4 (23,1 – 25,6)	0,83 (0,72–0,97)	0,96 (0,82–1,13)	0,632
> 50 mil até ≤ 100 mil	1232 (11,92)	28,0 (25,5 – 30,5)	0,96 (0,79–1,16)	0,99 (0,80–1,22)	0,936
> 100 mil até ≤ 500 mil	1650 (15,97)	35,4 (33,1 – 37,8)	1,21 (1,01–1,45)	1,10 (0,89–1,36)	0,382
> 500 mil	1345 (13,02)	44,8 (42,2 – 47,5)	1,66 (1,25–2,20)	1,40 (1,05–1,87)	0,022
<b>IDH</b>					
≤ 0,62	2635 (25,50)	18,8 (17,3 – 20,3)	1,0	1,0	
0,6201 a 0,70	2816 (27,25)	23,0 (21,5 – 24,6)	1,23 (1,09–1,40)	1,14 (0,99–1,32)	0,068
> 0,70	4883 (47,25)	38,9 (37,6 – 40,2)	2,02 (1,80–2,26)	1,62 (1,35–1,96)	<0,001
<b>Cobertura de Saúde Bucal</b>					
> 4 mil	4089 (39,57)	25,0 (23,7 – 26,3)	1,0	1,0	
Até 4 mil	6245 (60,43)	32,4 (31,2 – 33,5)	1,15(1,04–1,26)	0,92 (0,82–1,03)	0,152
<b>Proporção de interações sensíveis à Atenção Básica</b>					
≥ 28%	7402 (71,64)	25,3 (24,3 – 26,3)	1,0	1,0	
< 28%	2930 (28,36)	39,9 (38,1 – 41,7)	1,45(1,31–1,60)	1,16 (1,04–1,28)	0,005
<b>Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>					
< 8	9311 (90,12)	28,9 (28,0 – 29,9)	1,0	1,0	
≥ 8	1021 (9,88)	34,5 (31,5 – 37,4)	1,35(1,17–1,54)	1,26 (1,11–1,44)	<0,001
<b>Proporção de exodontias entre procedimentos selecionados</b>					
≥ 8%	4993 (48,33)	23,1 (21,9 – 24,2)	1,0	1,0	
< 8%	5339 (51,67)	35,4 (34,1 – 36,7)	1,45(1,33–1,59)	1,07 (0,97–1,19)	0,158

\* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais sociodemográficas e dos sistema de saúde no ajuste dentro do próprio bloco.

**Tabela 2:** Descrição da amostra, prevalência de realização de procedimentos odontológicos preventivos e razão de prevalência bruta e ajustada para as variáveis da equipe de saúde e insumos para atenção odontológica, Brasil, 2012 (n=10,344)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de Procedimentos Preventivos (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
Cimentos diversos					
Indisponível	891 (8,62)	18,2 (15,6 – 20,7)	1,0	1,0	
Disponível	9441 (91,38)	30,5 (29,6 – 31,4)	1,51 (1,28–1,78)	0,99 (0,84–1,18)	0,955
Selantes					
Indisponível	2834 (27,43)	15,6 (14,3 – 16,9)	1,0	1,0	
Disponível	7498 (72,57)	34,7 (33,7 – 35,8)	2,04 (1,84–2,27)	1,78 (1,60–1,99)	<0,001
Acolhimento					
Não	1392 (13,47)	13,6 (11,8 – 15,4)	1,0	1,0	
Sim	8942 (86,53)	32,0 (31,0 – 32,9)	2,17(1,87–2,52)	1,61(1,38–1,88)	<0,001
Resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade					
Não	1646 (15,93)	14,7 (13,0 – 16,5)	1,0	1,0	
Sim	8688 (84,07)	32,2 (31,2 – 33,2)	2,04(1,78–2,33)	1,56(1,36–1,79)	<0,001
Continuidade do cuidado					
Não	1331 (12,88)	12,7 (10,9 – 14,6)	1,0	1,0	
Sim	9003 (87,12)	32,0 (31,0 – 32,9)	2,31(1,97–2,70)	1,56(1,32–1,84)	<0,001
Visita domiciliar pelo CD					
Não	4327 (41,95)	18,8 (17,6 – 20,0)	1,0	1,0	
Sim	5988 (58,05)	37,2 (36,0 – 38,4)	1,81(1,66–1,98)	1,66(1,52–1,81)	<0,001
Modalidade da ESB					
Não há ASB/TSB	413 (4,10)	20,3 (16,4 – 24,2)	1,0	1,0	
Modalidade I	8299 (82,34)	27,8 (26,8 – 28,7)	1,34(1,07–1,69)	1,22(0,98–1,53)	0,074
Modalidade II	1367 (13,56)	42,1 (39,5 – 44,7)	1,71(1,34–2,18)	1,42(1,13–1,80)	0,003

\* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 2: as variáveis contextuais com  $p < 10\%$  do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe saúde e insumos para atenção odontológica.

### 3.2 MANUSCRITO 2

**Título:**

**Atenção primária à saúde bucal no Brasil e fatores associados: considerações de uma análise multinível.**

Título em Inglês:

Primary dental care in Brazil and associated factors: considerations of a multilevel analysis.

Matheus Neves<sup>1,2</sup>, Fernando Neves Hugo<sup>1,3</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil
3. Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Autor para Correspondência:

Fernando Neves Hugo

Centro de Pesquisa em Odontologia Social- FO UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492,

Porto Alegre/RS, Brasil.

CEP 90035-003

E-mail: [fernandoneveshugo@gmail.com](mailto:fernandoneveshugo@gmail.com)

## RESUMO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) pretende ampliar e garantir atenção odontológica a toda a população, para isso, busca-se o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas em todos os níveis de atenção, concretizando o princípio da integralidade. Entretanto, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços de saúde bucal ofertados à população. Este estudo objetiva avaliar a associação entre aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil. Trata-se de um estudo transversal, de natureza exploratória, cuja coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica em 11374 equipes de saúde bucal da Atenção Primária a Saúde, correspondendo a 91,7% do total das 12403 ESB avaliadas no país. O desfecho incluiu a realização do conjunto dos seguintes procedimentos odontológicos curativos: restaurações de amálgama e resina; exodontias; raspagem, alisamento e polimento periodontal; curativo de demora e drenagem de abscesso dento-alveolar. Tais variáveis foram observadas junto ao Módulo II e o desfecho foi dicotomizado entre as equipes de saúde bucal que realizavam ou não a totalidade daquele rol de procedimentos odontológicos curativos. Foi empregada a análise multinível para avaliar a associação entre exposições e o desfecho com controle de confusão para as variáveis independentes em cada nível de análise. Foi utilizado um modelo de regressão de Poisson Multinível para obtenção das razões de prevalência – RP brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos foi de 69,51% (7906/11374) (IC95% 68,66 – 70,35). Em suma, dentre as variáveis contextuais sócio-demográficas e da equipe de saúde que se mantiveram associadas ao desfecho, os municípios de todas as macrorregiões, cuja proporção de internações sensíveis à Atenção Básica é menor que 28% e cuja proporção de exodontias entre procedimentos selecionados é menor que 8%; bem como as equipes de modalidade II que têm à disposição alta e baixa rotação, amálgama, anestésicos, resinas fotopolimerizáveis, fotopolimerizador, realizam acolhimento, respondem ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, oferecem cuidado continuado e cujo CD realiza visita domiciliar apresentaram associação estatisticamente significativa com a realização de um rol de procedimentos curativos. Por fim, a PNSB e seus mais de 10 anos de implantação trouxeram a necessária e oportuna ampliação do número de equipes de saúde bucal no país; porém, esta análise multinível que considera a performance de atenção odontológica curativa junto ao universo de equipes participantes do ciclo I do PMAQ-AB apontam achados que estão longe de serem considerados satisfatórios.

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

## ABSTRACT

The National Oral Health Policy (PNSB) intends to expand and ensure dental care to the whole population, for this, we seek to develop practices based on Health Vigilance through promotion, prevention, treatment and rehabilitation, organized in all health care levels, implementing the principle of comprehensiveness. However, still observed an exclusionary universal phenomenon and selective integration of actions and oral health services offered to the population. This study aims to evaluate the association between socio-demographic contextual aspects the health system indicators of Brazilian municipalities, the working process characteristics and the the implementation of a list of curative dental procedures by oral health teams assessed during the first cycle PMAQ- AB in Brazil. This is a cross-sectional exploratory, which data collection was performed in a multicentric form in 11,374 oral health teams of Primary Health, corresponding to 91.7% of total 12403 ESB evaluated in the country. The outcome included the implementation of all of the following curative dental procedures: amalgam fillings and resin; extractions; scraping, smoothing and polishing periodontal; dressing delay and drainage dental and alveolar abscess. These variables were observed with the Module II and the outcome was dichotomized between oral health teams who performed or not all of that list of preventive dental procedures. It was used multilevel analysis to assess the association between exposure and outcome with confusion control for the independent variables at each level of analysis. Multilevel Poisson regression model was used to obtain the prevalence ratios, crude PR and adjusted, with their respective confidence intervals of 95% and 5% significance level. The prevalence of performing curative dental procedures was 69.51% (7906/11374) (95% CI 68.66 to 70.35). In sum, among the contextual variables sociodemographic and health team who remained associated with the outcome, municipalities of all macro-regions, the proportion of hospitalizations sensitive to Primary Care less than 28% and the proportion of tooth extractions between selected procedures less than 8%; and modality II teams that have provided high and low rotation, amalgam, anesthetics, light-curing resins, curing, perform host respond to the host according to the evaluation of risk and vulnerability, provide continued care and whose dentist performs home visits statistically association significant with the realization of a list of curative procedures. Finally, PNSB and its more than 10 years of implementation brought the necessary and timely expansion of the number of oral health teams in the country; however, this multilevel analysis that considers the performance of curative dental care with the universe of participating teams of the PMAQ-AB first cycle point I found that are far from satisfactory.

**Keywords:** Health Services Evaluation; Dental Health Services; Public Health Dentistry; Comprehensive Dental Care; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

## INTRODUÇÃO

Entende-se que a integralidade, como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), se propõe a unir as ações direcionadas à concretização da saúde como direito e como serviço, possibilitando uma dimensão da oferta de ações capaz de responder às necessidades de saúde de uma determinada população<sup>1</sup>. Assim, cria-se o desafio de construir um sistema público de saúde que, para além da atenção às necessidades de saúde do povo brasileiro, constitua-se integral ao engrenar políticas, programas, ações, práticas e cuidados em saúde.

Nesse horizonte, surge o marco teórico da saúde bucal brasileira, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujo objetivo está em ampliar e garantir atenção odontológica a toda a população. Para isso, busca-se o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas em todos os níveis de atenção, concretizando o princípio da integralidade<sup>2</sup>.

As diretrizes da PNSB orientam para que as ações e serviços odontológicos resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde da população para assim, construir uma prática efetivamente resolutiva<sup>2</sup>. Dessa forma, os serviços odontológicos curativos instituídos e prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) devem se ocupar das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são a cárie dentária, a doença periodontal, o câncer de boca, os traumatismos dentários, a fluorose dentária, o edentulismo e a má oclusão<sup>3</sup>.

Entretanto, após mais de uma década da PNSB, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços básicos de saúde bucal ofertados à população<sup>4,5</sup>. Logo, a avaliação e a gestão dos serviços de atenção primária devem valorizar os componentes de estrutura e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, no alcance de resultados positivos no estado de saúde dos indivíduos e da população<sup>6,7</sup>.

Diante desse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) busca, além de institucionalizar os processos de avaliação da qualidade nas rotinas de trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, ampliar o acesso à atenção primária, com garantia de padrões de qualidade comparáveis nacionalmente, regionalmente e localmente, de maneira a permitir maior

transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à atenção primária. Para tanto, situa a avaliação dos serviços de saúde como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS<sup>8-10</sup>.

Os primeiros resultados publicados a partir da avaliação do PMAQ-AB sobre as equipes de saúde bucal brasileiras, apontam que 45,1% dos usuários tem dificuldades de acesso à consulta odontológica e, quando conseguem, a garantia de continuidade de tratamento é dificultada nas regiões Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de espera nas especialidades ainda se constituem em problemas da rede de atenção à saúde, entretanto esses que configuram motivos para o deslocamento dos usuários a outros serviços<sup>11</sup>.

Idealiza-se assim, o desafio de construir uma atenção primária que, além de atender às necessidades de saúde, garanta a toda população acesso e atendimento integral a serviços de saúde de qualidade<sup>12</sup>. A sustentabilidade dos sistemas de saúde, baseada no modelo tradicional de atenção, apresenta evidente sinal de esgotamento, com questionamento sobre a cultura da busca pelo especialista e da oferta em regime de livre demanda<sup>13</sup>.

Desta forma, faz-se necessária a realização de estudos que efetivamente demonstrem os resultados e o impacto das ações odontológicas realizadas pela equipe de saúde bucal na APS, no que diz respeito à resolutividade das ações desenvolvidas por outros arranjos organizacionais existentes nos serviços de atenção básica, a exemplo do modelo tradicional, ainda existente na maioria dos municípios brasileiros, em relação à integralidade da atenção<sup>13</sup>.

Em vista disso, este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, de natureza exploratória, cuja coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica em 17479 equipes de atenção básica de todo Brasil, durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB.

Para este estudo foram consideradas 11374 equipes de saúde bucal (ESB) da

Atenção Primária a Saúde, correspondendo a 91,7% do total das 12403 ESB avaliadas no país, incluídas conforme esquema apresentado na figura 1.

Como fonte de dados, esse estudo utiliza a avaliação externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>14</sup> e o Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde (IDSUS)<sup>15</sup>.

Para melhor entendimento do PMAQ-AB, deve-se observar sua nota metodológica, segundo a qual o programa é composto por (1) adesão e contratualização do município ao programa; (2) desenvolvimento de ações de qualificação dos processos de trabalho e de gestão; (3) avaliação externa, para verificar os resultados das equipes e dos gestores da atenção básica e (4) recontratualização, a fim de incrementar os indicadores de qualidade e estimular a sistematização da avaliação pelo PMAQ-AB<sup>16</sup>. Esse ciclo contínuo de avaliação visa à indução de processos que assegurem maior acesso e qualidade na Atenção Básica<sup>16</sup>.

O instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB foi organizado em três Módulos: I – Observação nas Unidades Básicas de Saúde; II – Entrevista com a equipe de atenção básica e verificação de documentos; e III – Entrevista com os usuários dos serviços de atenção básica sobre satisfação e condições de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Os dados do presente estudo referem-se às avaliações do Módulo I, em que as condições de infraestrutura foram verificadas em um censo das Unidades Básicas de Saúde do Brasil e do Módulo II, respondido pelos profissionais de saúde, mediante entrevista e verificação de documentações in loco.

O período de coleta de dados, pela aplicação dos instrumentos avaliativos, ocorreu entre maio e dezembro de 2012. Para o trabalho em campo, avaliadores externos foram selecionados e treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e por Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ-AB. Cabe ressaltar que os instrumentos avaliativos foram produzidos por meio de um consenso entre pares e previamente testados<sup>16</sup>.

Os avaliadores utilizaram computadores portáteis do tipo *tablete* para a compilação das informações aferidas. Após a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via internet a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados e então passassem a compor o banco de dados do PMAQ-AB.

O desfecho deste estudo foi a realização de procedimentos odontológicos curativos, variável derivada da realização dos seguintes procedimentos odontológicos: restaurações de amálgama e resina; exodontias; raspagem, alisamento e polimento periodontal; curativo de demora e drenagem de abscesso dento-alveolar. Tais variáveis foram observadas junto ao Módulo II e o desfecho foi dicotomizado entre as equipes de saúde bucal que realizavam ou não a totalidade daquele rol de procedimentos odontológicos curativos.

As variáveis independentes foram estudadas em duas disposições: variáveis contextuais e variáveis relacionadas às equipes de saúde bucal.

As exposições do nível contextual abordaram aspectos sociodemográficos e do sistema de saúde dos municípios avaliados pelo PMAQ-AB. Os aspectos sociodemográficos incluíram as variáveis: macrorregião nacional, porte populacional do município e índice de desenvolvimento humano (IDH). Para compor as variáveis referentes ao sistema de saúde utilizaram-se os indicadores: cobertura de saúde bucal, proporção de internações sensíveis à Atenção Básica e proporção de exodontias entre procedimentos odontológicos selecionados.

Para a descrição das macrorregiões brasileiras, utilizou-se a classificação do IBGE: nordeste, norte, centro-oeste, sul e sudeste<sup>14</sup>. Para classificar o porte populacional dos municípios, esta variável foi categorizada em menor do que 5 mil habitantes, entre 5 e 10 mil habitantes, entre 10 e 50 mil habitantes, entre 50 e 100 mil habitantes, entre 100 e 500 mil habitantes e municípios com mais de 500 mil habitantes. O IDH foi classificado em baixo ( $\leq 0,62$ ), médio (entre 0,62 e 0,70) e alto ( $> 0,70$ )<sup>17</sup>. O indicador de cobertura de saúde bucal foi categorizado em municípios com até 4 mil habitantes adscritos a uma equipe de saúde bucal e municípios cuja proporção foi maior<sup>15</sup>. Para os indicadores relacionados ao sistema de saúde, utilizaram-se os parâmetros elencados no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde<sup>15</sup> a saber: 28,6% de internações sensíveis à atenção básica (ISAB) em relação a todas as internações clínicas<sup>18</sup> e, por fim, percentual das extrações dentárias em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos de residentes em determinado município e ano (8% de exodontias). Tais indicadores foram categorizados em acima ou abaixo dos parâmetros de referência.

Para compor as exposições do nível relacionado às equipes de saúde bucal incluíram-se a presença de equipamentos e insumos para a atenção odontológica (alta e baixa rotação, fotopolimerizador, amálgama, fios de sutura, anestésicos e resinas

fotopolimerizáveis), o acolhimento, a resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade, a continuidade do cuidado, a realização de visita domiciliar pelo Cirurgião-dentista e a modalidade da equipe de saúde bucal.

No que se refere às variáveis referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos para atenção odontológica todos os itens avaliados foram categorizados em disponíveis ou indisponíveis. O acolhimento foi definido pela questão “Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal? Sim ou Não”. A resposta ao acolhimento foi investigado pela “Oferta é definida em função do risco identificado? Sim ou Não”. A presença ou não da continuidade do cuidado foi avaliada caso “A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?”. A realização da visita domiciliar foi identificada pelo apontamento de “quais os profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar” em que o Cirurgião-dentista deveria ser apontado como um daqueles profissionais. Por fim, a modalidade da equipe de saúde bucal foi avaliada pela questão que apontou a “quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica” em que Cirurgião-dentista (CD), Técnico em saúde bucal (TSB) e Auxiliar em saúde bucal (ASB) deveriam ser identificados, esta variável foi categorizada em “não há ASB e TSB”, “Modalidade I – ASB ou TSB” e “ Modalidade II - ASB e TSB”, conforme legislação vigente<sup>19</sup>.

As variáveis independentes que compõem o nível referente às características da equipe de saúde e os insumos disponíveis à atenção odontológica foram identificadas nos Módulos I e II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB<sup>20</sup>.

Utilizou-se a abordagem hierárquica para avaliar a associação entre as variáveis contextuais sociodemográficas e do sistema de saúde e as características das equipes de saúde bucal e equipamentos e insumos disponíveis para atenção odontológica, seguindo a metodologia de análise hierárquica proposta por Victora et al (1996)<sup>21</sup>, conforme demonstra a figura 2. As análises foram realizadas no software *Stata* versão 11.

Inicialmente, descreveram-se as variáveis contextuais e referentes à equipe de saúde bucal por meio das frequências absolutas e relativas. A seguir, foi empregada a análise multinível para avaliar a associação entre exposições e o desfecho com controle de confusão para as variáveis independentes em cada nível de análise<sup>21-23</sup>. Por fim, foi utilizado um modelo de regressão de Poisson Multinível (comando *xtpoisson*, com o subcomando *re* para os efeitos randômicos) para obtenção das razões de prevalência –

RP brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Após as análises brutas em cada nível, contextual e equipes de saúde, passou-se à análise ajustada, em que as variáveis do nível contextual com  $p < 0,10$  foram consideradas fatores de ajuste ou controle de confusão para as variáveis relativas às equipes de saúde. As variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  foram consideradas associadas ao desfecho.

A realização deste estudo obteve aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904.

## RESULTADOS

A prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos, desfecho derivado da realização de restaurações de amálgama e resina; exodontias; raspagem, alisamento e polimento periodontal; curativo de demora e drenagem de abscesso dentoalveolar, foi de 69,51% (7906/11374) (IC95% 68,66 – 70,35).

Em relação à prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos, as regiões Sudeste (79,8%) e Sul (75,4%) apresentaram maior prevalência quando comparada às demais regiões. A maior ocorrência do desfecho foi nas cidades com mais de 500 mil habitantes (78,1%); nas cidades com IDH superior a 0,7 (76,6 %) e com cobertura de saúde bucal de até 4 mil atendimentos (70,4%). Além disso, a maior prevalência do desfecho também ocorreu quando a proporção de internações sensíveis à Atenção Básica foi menor que 28% (77,4%) e quando a proporção de exodontias entre procedimentos selecionados foi menor que 8% (75,5%) (Tabela 1).

Na análise ajustada para variáveis contextuais sociodemográficas e do sistema de saúde, a prevalência do desfecho na região Sudeste foi 62% maior do que na região Norte (RP 1,62; IC95%:1,44-1,83). Dentre as variáveis relacionadas ao Sistema de Saúde, a probabilidade de apresentar procedimentos odontológicos curativos foi 8% e 6% maior, respectivamente, nos municípios com proporção de internações sensíveis à Atenção Básica  $< 28\%$  e quando a proporção de exodontias entre os procedimentos selecionados foi  $< 8\%$  (Tabela 1).

Em relação às variáveis elencadas ao nível da equipe de saúde, equipamentos e insumos para atenção odontológica, observou-se que a maior prevalência do desfecho foi quando havia alta e baixa rotação (70,0%), presença de amálgama (70,3%), ausência

de anestésico (53,5%), presença de resinas fotopolimerizáveis (70,9%), fios de sutura (70,6%) e fotopolimerizador (70,9%). Ainda, a presença de acolhimento; resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade; com continuidade do cuidado e visita domiciliar pelo CD, juntamente com a presença de equipe de saúde bucal da modalidade II foram associados com maior ocorrência de procedimentos odontológicos curativos (Tabela 2).

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores do nível equipe de saúde, a presença de alta e baixa rotação e disponibilidade de anestésicos mostraram menor probabilidade do desfecho, respectivamente, (RP 0,73; IC95%:0,61–0,87) e (RP 0,68; IC95%:0,57–0,83) ( $p < 0,001$ ). Presença de acolhimento aumentou em 24% a prevalência de procedimentos odontológicos curativos (RP 1,24; IC95%:1,15-1,34); a presença do CD na visita domiciliar aumentou a probabilidade do desfecho em 8% ( $p < 0,001$ ) assim como quando havia a continuidade do cuidado (26% maior prevalência do desfecho). A modalidade da equipe de saúde bucal também influenciou o desfecho, quando a modalidade II esteve presente, a ocorrência foi 1,15 vezes maior do que quando não havia ASB/TSB (RP 1,15; IC95%:1,00-1,31) (Tabela 2).

A variância (deviance) no modelo vazio (sem as variáveis independentes) foi -10781.16 e este valor reduziu para -10172.16 na análise multivariada.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, 11374 equipes de saúde bucal do Brasil foram avaliadas quanto à realização de um rol de procedimentos odontológicos de caráter curativo, no intuito de explorar a sua associação com aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB.

Evidenciou-se que, dentre as ESB avaliadas em todo o território nacional, 30,49% (3468/11374) não realizam um ou mais dos procedimentos odontológicos compilados como desfecho, quais sejam: restaurações de amálgama e resina; exodontias; raspagem, alisamento e polimento periodontal; curativo de demora e drenagem de abscesso dento-alveolar.

Os achados deste estudo enfatizam importantes diferenças dentre as macrorregiões nacionais, quando as regiões sul e sudeste apresentaram maior prevalência de procedimentos odontológicos curativos e, em contrapartida, as regiões

norte e nordeste, as menores prevalências. O gradiente social tem sido evidenciado como modulador da saúde bucal em várias populações de diferentes países, independentemente da natureza, da abrangência e da eficiência dos respectivos sistemas de saúde<sup>24</sup>. Estudos, tanto no nível individual, quanto ecológico, comprovam a relação entre as desigualdades sociais e a condição de saúde bucal, sugerindo a existência de iniquidades<sup>25</sup>.

O Brasil é um país marcado por desigualdades socioeconômicas com potencial impacto na saúde<sup>26</sup> e a tentativa de minimizar tais iniquidades, tem orientado as políticas de saúde do país. Por meio de uma breve recuperação documental, tem-se que a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 1996)<sup>27</sup>, do Ministério da Saúde, orienta o SUS em direção à equidade. Desde então, vários estudos têm observado uma tendência redistributiva da política de transferência de recursos financeiros do SUS por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), que tem favorecido municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>25</sup>.

Em 2006, mais um passo em direção à equidade foi dado com o Pacto pela Saúde<sup>28</sup>. Mais além, em 2011, agregou-se o Contrato Organizativo de Ação pela Saúde, o COAP<sup>29</sup>, que objetiva a organização e a integração de ações e serviços em regiões de saúde, a fim de garantir integralidade da atenção aos usuários. Por fim, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2011)<sup>30</sup> incorpora o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>20</sup> como uma estratégia de indução de melhorias no acesso e na qualidade da Atenção Básica e ratificando a saúde bucal na agenda de prioridades de gestão.

Neste estudo, a maior prevalência do desfecho também ocorreu quando a proporção de internações sensíveis à Atenção Básica foi menor que 28% e quando a proporção de exodontias entre procedimentos selecionados foi menor que 8%. A evidência científica converge ao apresentar os efeitos da implantação da Estratégia de Saúde da Família na saúde da população, associando-a à redução da mortalidade infantil, ao declínio de hospitalizações evitáveis, ao aumento da oferta de trabalho entre os adultos e ao aumento da matrícula escolar<sup>31</sup>.

Entretanto, a evidência disponível em relação à saúde bucal tem se caracterizado, sobretudo, por pesquisas de avaliação de processos, cujos desfechos são indicadores de uso e de acesso dos serviços de saúde<sup>25,31</sup>. Em que pese os indicadores de saúde bucal constituam uma importante ferramenta para avaliação dos recursos destinados a essa área na atenção básica e para avaliação do impacto da aplicação

destes recursos na população, esses indicadores devem, portanto, ser considerados na implementação de políticas públicas de forma equânime<sup>25</sup>.

Em recente estudo, Ely et al<sup>31</sup> avaliaram o resultado das equipes de saúde bucal no sul do Brasil e encontraram que jovens de áreas não cobertas por ESB tiveram quase a metade da perda de dentes dos adolescentes das áreas cobertas por ESB, sugerindo que a expansão do acesso com a inserção de equipes de saúde bucal, não se traduziu em melhor saúde bucal. Os autores enfatizam a importância da determinação social na saúde bucal e destacam a necessária revisão dos processos de trabalho assumidos pela equipe de saúde bucal, achados também constantes no presente estudo.

As exposições avaliadas ao nível da equipe de saúde evidenciam a importância da disponibilidade de equipamentos e insumos para a atenção odontológica, enfatizando-se que a atenção odontológica de qualidade está associada à presença de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados. Um recente estudo sueco, concluiu que a estrutura física do ambiente de trabalho influencia diretamente a produtividade e a eficiência dos dentistas<sup>32</sup>. Já, no Brasil, a evidência científica aponta para a necessidade de melhorias nas condições de trabalho bem como na infraestrutura para o trabalho do dentista no SUS<sup>33</sup>.

Uma análise descritiva do PMAQ-AB de Pernambuco, observou que a maioria das equipes de saúde bucal referem a disponibilidade de equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal. Em pouco menos de 20% das equipes, a disponibilidade de insumos odontológicos para procedimentos restauradores foi limitada. Quanto aos procedimentos odontológicos clínico-cirúrgicos, os achados demonstram a sua realização rotineira<sup>34</sup>. Já na Paraíba, as unidades de saúde apresentam alguns equipamentos e insumos em número reduzido, com diferença significativa entre o tipo de unidade e as regionais de saúde do estado<sup>35</sup>.

Ainda com relação às variáveis aferidas ao nível da equipe de saúde, a realização do acolhimento, a avaliação de risco e vulnerabilidade, a oferta de cuidado continuado e a visita domiciliar realizada pelo Cirurgião-Dentista que integra uma equipe em modalidade II, com a presença de Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal, apresentaram associação estatisticamente significativa com a realização de um rol de procedimentos curativos.

Tais achados reforçam que as mudanças no sistema de trabalho em saúde bucal estão intimamente associadas ao modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e, mais

além, distribuí-las<sup>36</sup>. O processo de trabalho em Saúde Bucal não se esgota na assistência odontológica individual, a integralidade só é alcançada por meio da criação de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, voltadas ao fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidades. Achados iniciais a partir do PMAQ-AB apontam a constituição das linhas de cuidado como um dos pontos mais significativos na busca pela integralidade e se dá pela organização dos processos de trabalho na AB com assistência multiprofissional, operando com acolhimento, vinculação de clientela e responsabilidade da equipe<sup>34</sup>.

Aqui, a reflexão recai sobre a equipe de saúde, que precisa romper com o sistema hegemônico, que traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. E atuar conforme um sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde. Gonzales e Almeida defendem que tal mudança depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde<sup>37</sup>. Rocha e colaboradores indicam que o investimento na formação de profissionais e na sua fixação pode contribuir significativamente para melhorar os índices de eficiência obtidos pelas equipes de saúde da Atenção Básica<sup>38</sup>.

Nesse sentido, dados descritivos do PMAQ-AB apontam, quanto ao processo de trabalho, que houve compartilhamento de agenda entre o CD e os demais profissionais que compõem as equipes de AB em 78,5% das equipes avaliadas. Entretanto, apenas em pouco mais de 40% das equipes, o CD participa do acolhimento à demanda espontânea<sup>34</sup>.

Mesmo que a evidência científica já tenha apontado a flagrante necessidades de evolução do modelo assistencial e dos processos de trabalho, há que se refletir se mesmo após mais de uma década de políticas de ampliação de acesso e cobertura de saúde bucal, a odontologia brasileira segue tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica<sup>39</sup>.

Segundo Ceccim e Feuerwerker, uma política ativa de mudança na formação irá possibilitar uma melhor articulação entre universidade e serviços de saúde. Com o processo de aproximação e construção de compromissos, a responsabilidade pública e a relevância social da universidade serão ampliadas na medida em que trazem para o contexto da educação o conjunto das diretrizes do SUS, em especial a integralidade<sup>40</sup>.

Defender a integralidade, por fim, não implica em deixar de lado todos os conhecimentos técnicos sobre as doenças. A integralidade não existe sem

conhecimento técnico. O que se busca é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas, acima de tudo, um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos. Portanto, fica claro que a formação dos profissionais não pode ser apenas técnica, tem de compreender cultura, sistema e relação<sup>37</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados exploram e caracterizam aspectos contextuais sócio-demográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, equipamentos, insumos e características do processo de trabalho, sob a ótica conceitual da integralidade. Entretanto, a leitura das informações precisa considerar, nesse caso, tanto o limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos, em face da complexidade e variabilidade das modelagens assistenciais que operam simultaneamente no país, como a natureza da coleta que tem nos resultados da Avaliação Externa desdobramentos políticos e financeiros para gestão municipal. Considerar também que os dados se referem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB e não ao universo das unidades básicas de saúde do país.

Reafirma-se que a Política Nacional de Saúde Bucal e seus mais de 10 anos de implantação trouxeram a necessária e oportuna ampliação do número de equipes de saúde bucal no país; porém, esta análise multinível que considera a performance de atenção odontológica curativa junto ao universo de equipes participantes do ciclo I do PMAQ-AB apontam achados que estão longe de ser considerados satisfatórios.

Está identificada a necessidade da mudança no modelo assistencial em Saúde Bucal. Buscar novos territórios conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar o paradigma hegemônico de atenção odontológica na atenção básica brasileira.

Por fim, reafirma-se que investimentos na qualificação da gestão ou gerência setorial são condição necessária para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção em Saúde Bucal no país. Além disso, com base no contexto atual, com grande alocação de recursos nos estados e municípios, é crescente a necessidade de práticas de saúde baseadas em evidência, de investigações que permitam melhor quantificar e qualificar o impacto das intervenções e das políticas em saúde pública adotadas no Brasil<sup>31</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Pucca Junior GA. Política nacional de saúde bucal do Brasil, integralidade e acesso: o caso Brasil Sorridente [Dissertação]. Brasil: Universidade de Brasília; 2013Brasil. Ministério Da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasil; 2004.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. [acesso em 10 de abril 2016]. Disponível em: [http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica, n.17. Brasília, 2008.
4. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cien Saude Colet*. 2012;17(2):555–60.
5. Lúcia A, Ferreira S, Andrade SR De. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Cien Saude Colet*. 2014;19(1):205–14.
6. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):131–9.
7. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(1):69–81.
8. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014;38(Especial):358–372.
9. Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde Debate*. 2014;38(Especial):173–181.
10. Seidl HMF, Vieira SDP, Fausto MCR, Lima RDCD, Gagno JL. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde em Debate*. 2014;38(Especial):94–108.
11. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKDO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(Especial):140–57.
12. Baumel D, Carneiro M, Gabardo L, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da

- equipe de saúde bucal. Rev APS. 2009;12(2):168–75.
13. Bulgareli JV, Faria ET de, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC et al . Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. Rev. Odontol. UNESP [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 June 08];42(4):229-236.
  14. IBGE.[acesso em 14 de Abril de 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>
  15. IDSUS. [acesso em 14 de abril de 2016]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>
  16. Nota metodológica PMAQ 2013. [acesso em 20 de março de 2016]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_pmaq.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf)
  17. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. [acesso em 20 de março de 2016]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União. 2008 abr. 18; Seção 1. p.70.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União. 2012 dez. 27; Seção 1. p.205.
  20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
  21. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. Rev. Saúde Pública. 1996 Abr;30(2):168-78.
  22. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2015 Mar;31(3):487-495.
  23. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. 2<sup>nd</sup> Edition. Stata Press; 2008.p.

24. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen P, et al. Global oral health inequalities: task group – implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res* 2011; 23:259-67.
25. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Evaluation of oral health indicators in Brazil: a trend towards equity in dental care?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016 Fev;32(2)01-18.
26. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.2.203, de 5 de novembro de 1996. *Diário Oficial da União*. 1996 nov. 6; Seção 1. p.22932
28. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde, 2015. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021) (acessado em 14/Jan/2015).
29. Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
30. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. PNAB – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
31. Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Pattussi MP. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2016 June 08];21(5): 1607-1616.
32. Rolander B, Jonker D, Winkel J, Sandsjö L, Balogh I, Svensson E, et al. Working conditions, health and productivity among dentists in Swedish public dental care--a prospective study during a 5-year period of rationalisation. *Ergonomics* [Internet]. 2013;56(September 2014):1376–86. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84885042838&partnerID=tZOtx3y1>
33. Moimaz ASS, Rovida TAS, Silva MM, Silva MR, Gardin CAS. Work Conditions and Occupational Health of Dentists in Brazilian Public Health System. *Med Segur Trab*. 2014;60(234):44–52.
34. de Lorena SJE, Martelli PJJ, de Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e

- qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 June 08];39(104):136-146.
35. Limão NP, Ferreira Filho JCC, Protásio APL, Santiago BM, Gomes LB, dos Santos ML, Valença AMG. (2016). Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(1).
  36. Nickel Daniela Alba, Lima Fábio Garcia, Silva Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Feb [cited 2016 June 08] ; 24( 2 ): 241-246.
  37. González AD, de Almeida MJ.. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 May [cited 2016 June 08] ; 15( 3 ): 757-762.
  38. Rocha, TAH, da Silva NC, Barbosa ACQ, Rodrigues JM. Human Resource Management in Health and Performance of Work Process in the Primary Health Care—An Efficiency Analysis in a Brazilian Municipality. *Journal of Health Management*. 2014 Sep;16(3):365-379.
  39. Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Rev Divulgação em Saúde Para Debate* 1996; (13):6-17.
  40. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.

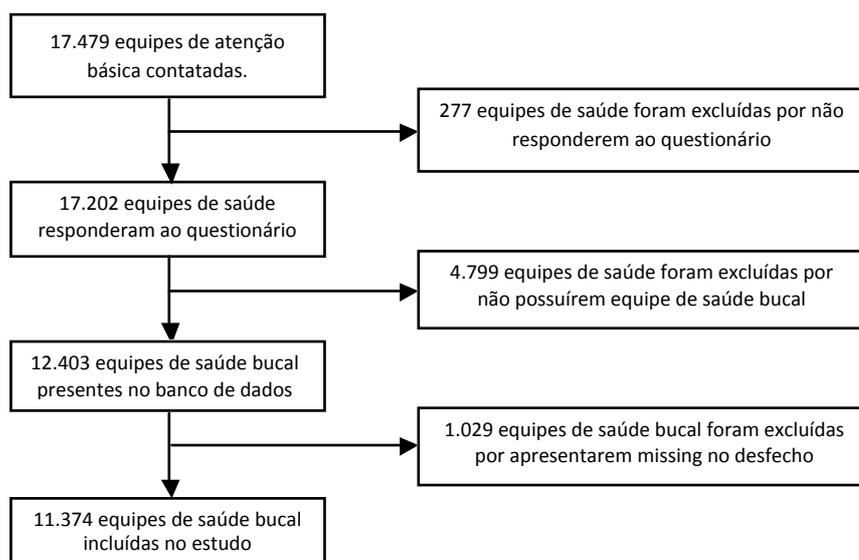
**FIGURA 1**

Figura 1: Fluxograma da inclusão e exclusão das equipes de saúde bucal no estudo.

FIGURA 2

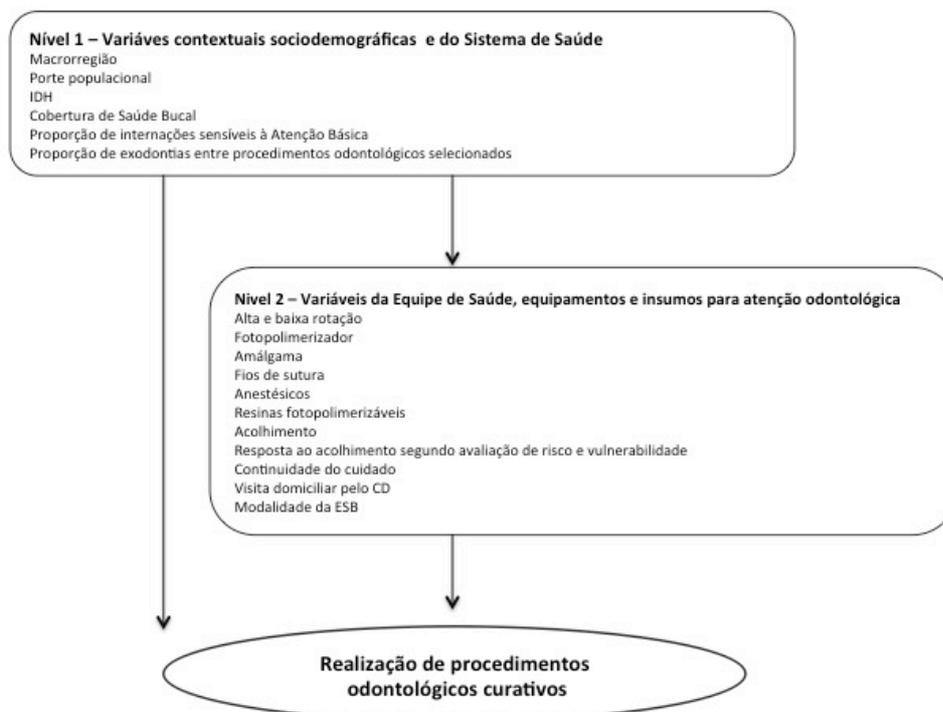


Figura 2. Modelo teórico hierárquico para avaliar a relação entre as variáveis contextuais e as características das equipes de saúde bucal sobre a realização de procedimentos curativos.

**Tabela 1:** Descrição da amostra, prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos e razão de prevalência bruta e ajustada para as variáveis contextuais sociodemográficas e do Sistema de Saúde, Brasil, 2012 (n=11,374)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de Procedimentos Curativos (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
<b>Macrorregião</b>					
Norte	734 (6,45)	45,6 (42,0 – 49,2)	1,0	1,0	
Nordeste	4346 (38,21)	63,3 (61,9 – 64,7)	1,38 (1,27–1,51)	1,41 (1,26–1,58)	<0,001
Centro-oeste	849 (7,46)	65,5 (62,3 – 68,7)	1,43 (1,31–1,57)	1,37 (1,19–1,58)	<0,001
Sudeste	3585 (31,52)	79,8 (78,5 – 81,1)	1,75 (1,61–1,89)	1,62 (1,44–1,83)	<0,001
Sul	1860 (16,35)	75,4 (73,4 – 77,3)	1,65 (1,51–1,79)	1,52 (1,34–1,73)	<0,001
<b>Porte Populacional</b>					
≤ 5 mil	878 (7,72)	73,3 (70,4 – 76,3)	1,0	1,0	
> 5 mil até ≤ 10 mil	1175 (10,33)	66,7 (64,0 – 69,4)	0,90 (0,82–1,00)	0,94 (0,85–1,05)	0,299
> 10 mil até ≤ 50 mil	4837 (42,53)	65,9 (64,5 – 67,2)	0,89 (0,82–0,98)	0,95 (0,87–1,03)	0,269
> 50 mil até ≤ 100 mil	1330 (11,69)	68,0 (65,5 – 70,5)	0,92 (0,84–1,03)	0,96 (0,86–1,08)	0,539
> 100 mil até ≤ 500 mil	1738 (15,28)	73,6 (71,6 – 75,7)	1,00 (0,91–1,10)	0,99 (0,88–1,09)	0,851
> 500 mil	1416 (12,45)	78,1 (75,9 – 80,2)	1,06 (0,97–1,17)	1,00 (0,87–1,13)	0,998
<b>IDH</b>					
≤ 0.62	2937 (25,82)	59,9 (58,1 – 61,7)	1,0	1,0	
0.6201 a 0.70	3135 (27,56)	66,5 (64,8 – 68,1)	1,11 (1,06–1,15)	1,04 (0,97–1,12)	0,288
> 0.70	5302 (46,62)	76,6 (75,5 – 77,8)	1,28 (1,23–1,32)	1,09 (0,99–1,20)	0,067
<b>Cobertura de Saúde Bucal</b>					
> 4 mil	4582 (40,28)	68,2 (66,8 – 69,5)	1,0	1,0	
Até 4 mil	6792 (59,72)	70,4 (69,3 – 71,5)	1,03 (0,98–1,07)	0,95 (0,89–1,00)	0,075
<b>Proporção de internações sensíveis à Atenção Básica</b>					
≥ 28%	8222 (72,31)	66,5 (65,5 – 67,5)	1,0	1,0	
< 28%	3149 (27,69)	77,4 (76,0–78,8)	1,16 (1,31–1,60)	1,08 (1,03–1,14)	0,002
<b>Proporção de exodontias entre procedimentos selecionados</b>					
≥ 8%	5556 (48,86)	63,2 (61,9 – 64,5)	1,0	1,0	
< 8%	5815 (51,14)	75,5 (74,4 – 76,6)	1,19 (1,14–1,24)	1,06 (1,01–1,12)	0,016

\* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais sociodemográficas e dos sistema de saúde no ajuste dentro do próprio bloco.

**Tabela 2:** Descrição da amostra, prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos e razão de prevalência bruta e ajustada para as variáveis da equipe de saúde e insumos para atenção odontológica, Brasil, 2012 (n=11,374)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de Procedimentos Curativos (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 2 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
Alta e baixa rotação					
Indisponível	455 (4,01)	57,4 (52,8 – 61,9)	1,0	1,0	
Disponível	10899 (95,99)	70,0 (69,1 – 70,8)	1,21 (1,08–1,38)	0,73 (0,61–0,87)	<0,001
Amálgama					
Indisponível	1952 (17,16)	41,6 (49,4 – 57,6)	1,0	1,0	
Disponível	9420 (82,84)	70,3 (69,5 – 71,2)	1,81 (1,68–1,95)	1,78 (1,64–1,94)	<0,001
Anestésicos					
Indisponível	568 (4,99)	53,5 (14,3 – 16,9)	1,0	1,0	
Disponível	10804 (95,01)	34,7 (33,7 – 35,8)	1,31 (1,17–1,47)	0,68 (0,57–0,83)	<0,001
Resinas Fotopolimerizáveis					
Indisponível	691 (6,08)	47,3 (43,6 – 51,0)	1,0	1,0	
Disponível	10681 (93,92)	70,9 (70,0 – 71,8)	1,50 (1,34–1,67)	1,20 (1,00–1,45)	0,043
Fios de sutura					
Indisponível	746 (6,56)	54,1 (50,6 – 57,7)	1,0	1,0	
Disponível	10626 (93,44)	70,6 (69,7 – 71,4)	1,30 (1,18–1,44)	1,01 (0,88–1,17)	0,805
Fotopolimerizador					
Indisponível	793 (6,99)	49,7 (46,2 – 53,2)	1,0	1,0	
Disponível	10558 (93,01)	70,9 (70,1 – 71,8)	1,43 (1,29–1,58)	1,19 (1,03–1,37)	0,016
Acolhimento					
Não	1621 (14,25)	50,4 (47,9 – 52,8)	1,0	1,0	
Sim	9753 (85,75)	72,7 (71,8 – 73,6)	1,44 (1,34–1,55)	1,24 (1,15–1,34)	<0,001
Resposta ao acolhimento segundo avaliação de risco e vulnerabilidade					
Não	1882 (16,55)	53,7 (51,5 – 56,0)	1,0	1,0	
Sim	9492 (83,45)	72,6 (71,7 – 73,5)	1,35 (1,26–1,44)	1,15 (1,07–1,23)	<0,001
Continuidade do cuidado					
Não	1526 (13,42)	47,9 (45,5 – 50,5)	1,0	1,0	
Sim	9848 (86,58)	72,8 (71,9 – 73,7)	1,52 (1,44–1,61)	1,26 (1,16–1,36)	<0,001
Visita domiciliar pelo CD					
Não	4979 (43,93)	63,8 (62,5 – 65,1)	1,0	1,0	
Sim	6355 (56,07)	74,0 (72,9 – 75,1)	1,16 (1,11–1,21)	1,08 (1,03–1,13)	0,002
Modalidade da ESB					
Não há ASE/TSB	458 (4,37)	58,1 (53,7 – 62,5)	1,0	1,0	
Modalidade I	9153 (82,41)	68,6 (67,7 – 69,6)	1,18 (1,04–1,33)	1,10 (0,97–1,24)	0,130
Modalidade II	1468 (13,22)	79,2 (77,2 – 81,3)	1,36 (1,20–1,55)	1,15 (1,00–1,31)	0,040

\* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 2: as variáveis contextuais com p<10% do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe saúde e insumos para atenção odontológica.

#### **4 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao propor a avaliação do desempenho das equipes de saúde bucal participantes do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, de todo o território nacional, na provisão de cuidado integral em saúde bucal, esta tese propôs-se a explorar as associações entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos preventivos e curativos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.

Nos últimos anos, sobretudo após a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil apresenta uma considerável ampliação da cobertura de equipes de saúde bucal e, também, desejáveis mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais demonstradas ao longo dos sucessivos estudos de base nacional; por outro lado, são inequívocos e urgentes os esforços para a redução das iniquidades no acesso, para a qualificação do cuidado e para a utilização da epidemiologia no planejamento e programação das ações em saúde bucal, cujas realidades regionais são tão diversas.

Além disso, por entender que um SUS mais forte implica, necessariamente, na garantia do direito à saúde e na integralidade no cuidado, a linha condutora deste estudo baseou-se no encontro de uma importante política pública que consolida a avaliação em saúde no Brasil e induz a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade da atenção básica, a garantia de um padrão de qualidade comparável e a demonstração de transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica.

Com os achados desse estudo epidemiológico, evidenciou-se a realização desigual de procedimentos preventivos e curativos dentre as cinco macrorregiões do Brasil, bem como sua associação com indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e insumos disponíveis às equipes de saúde bucal. Assim, tem-se o primeiro estudo epidemiológico a utilizar análise multinível com o objetivo de verificar o desempenho das equipes de saúde bucal, de todo o território nacional, na provisão de cuidado integral em saúde bucal.

Destaca-se, ademais, que este estudo apresenta uma proposta de modelo teórico, cuja incorporação de indicadores de saúde, características do processo de trabalho e disponibilidade de insumos odontológicos subsidiaram a avaliação da integralidade em saúde bucal, aqui entendida como princípio finalístico de um sistema de saúde.

Ante o exposto, há que se mencionar o caráter nacional desta produção científica, que utiliza dados da maior política pública de avaliação de serviços de saúde já realizada no Brasil. Em contrapartida, as práticas, as diretrizes e as evidências científicas geradas a partir de tais análises podem dialogar no cenário internacional da Atenção Primária em Saúde.

Entender esta tese é considerar que o modelo de atenção à saúde deve avançar para muito além da ampliação do acesso e da indução da qualidade das ações. O modelo de atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Classicamente, a Saúde Bucal atuou, e ainda atua centrada em um modelo de atenção à saúde de tipologia clássica, o qual é fortemente ancorado em doenças e cuja atenção à saúde é prestada de forma reativa, episódica e fragmentada. Nos últimos anos, tal tipologia clássica tem sido importante em campos como o da epidemiologia sem, contudo, dar conta de referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde.

Por outro lado, a reorientação do modelo de atenção à saúde deve considerar tanto as condições agudas, condições de saúde de curso curto, pouco previsíveis, controladas de forma episódica, reativa e exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde; quanto as condições crônicas, aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde. Um modelo de abordagem integral, portanto.

Invoca-se aqui, a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – que reúne ensino, gestão, práticas de atenção e controle social – na proposta de reorientar a atenção à saúde bucal das necessárias ações em nível individual, para as desejáveis ações coletivas e preventivas, as quais, conforme resultados desta tese, não são insumo-dependentes.

Nesse sentido, a política de saúde bucal vigente no país necessita claramente ser discutida e reavaliada, pois a formação em saúde bucal, a gestão e o sistema de saúde devem ter objetivos comuns. O encontro entre a política de saúde e a evidencia científica parece propor a construção e a organização de uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar os rumos para um modelo de atenção à saúde bucal efetivamente alicerçado para o Sistema Único de Saúde.

Um modelo de atenção à saúde bucal com essas bases será capaz de reconhecer-se parte de um sistema público universal com responsabilidades claras sobre territórios e populações; de incorporar intervenções sobre os determinantes sociais intermediários e distais e de entender que as intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas devem ser feitas por subpopulações estratificadas por riscos e por meio de tecnologias de gestão da clínica. Consolidando-se, assim, como um modelo de atenção à saúde expandido.

A imagem de futuro que se deve qualificar no modelo de atenção à saúde bucal consiste na prestação de serviços acessíveis nos diferentes pontos de atenção; no foco na prevenção das condições crônicas; na alta prioridade para o autocuidado das pessoas usuárias com o suporte de cuidadores e famílias; na prioridade para a atenção primária à saúde; na gestão baseada na população com estratificação de riscos das condições crônicas; na atenção integrada para permitir que as equipes de atenção primária à saúde acessem as opiniões e o suporte de especialistas; na utilização dos benefícios potenciais da tecnologia da informação para a melhoria da atenção à saúde e na atenção efetivamente coordenada.

O modelo teórico, a abordagem metodológica e a exploração dos resultados propostos nesta tese abrem a caixa de Pandora dos serviços de saúde bucal públicos brasileiros e, ao liberar todos os seus desequilíbrios e iniquidades,

tal qual Pandora, criam um cenário de avaliação que contempla o contexto e a política.

Por fim, o único aspecto que não escapa a caixa de Pandora é a esperança e, assim, esta tese se encerra ciente de que avaliar serviços de saúde bucal é uma tarefa complexa, porém necessária, e a produção de evidências científicas tem a faculdade de criar robustez para subsidiar a orientação das políticas públicas de saúde bucal e a fim de atingir a integralidade, fim a que se destina o cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ditterich RG, Moysés SJ. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. In: Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 113-24.
2. Felisberto E, Bezerra LCA, Costa JMBS, Alves CK de A. Institucionalização da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 149-56.
3. Hartz ZMA, Ferrinho P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento. Lisboa: Editora Gradiva; 2011. p.58-79.
4. Felisberto E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003 a 2008. Recife Tese [Doutorado em Saúde pública] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2009.
5. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Rev C S Col 2002; 7(3):419-21.
6. Pollitt C. Performance management in practice: a comparative study of executive agencies. J Public Adm Res Theory 2006;16(1):25-44.
7. Reis EJFB dos, Santos FP dos, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública 1990 Mar;6(1): 50-61.
8. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, pp.21-49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation, pp.184-227, 1989.
9. Furtado JP, Vieira SLM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cad. Saúde Pública . 2014 Dec;30(12): 2643-2655.

10. De Lima RT, Da Silva EP. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011;15 (1):103-114.
11. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. SciELO Books. 1997.
12. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* 2006 Sep;11( 3 ): 683-703.
13. Sarti TD, Lima RCD, Silva MZ, Maciel ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. *UFES Rev Odont* 2008;10(1):62-69.
14. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.181-199.
15. 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* 2014 Oct;38( spe ): 140-157.
16. Contarato PC. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
17. Maia LS, Kornis GEM. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos investimentos federais: a experiência fluminense. *Rev APS* 2010 Jan;13(1):84-95.
18. Goes PSA, Figueiredo N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 157-66.
19. Calvo MCM, Colussi CF, Rocha RACP, Goes PSA. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 181-93.
20. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em

- Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008 Dec;24(12):2871-80.
21. (<http://www.lappis.org.br/site/quem-somos/descriptor-integralidade-em-saude>)
  22. González AD, Almeida MJ de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc. saúde coletiva 2010 May;15(3):757-762.
  23. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609)>. Acesso em: 05 abril 2016.
  24. Pinheiro R. Integralidade e Prática Social. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [site da Internet] [acessado 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=162&sid=25>.
  25. Mattos RA. Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [site da Internet] [acessado em XXX]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=163&sid=25>.
  26. Pinheiro R, Silva Jr AIG, Mattos RA. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008. 180 p.
  27. Ceccim RB. A Integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [site da Internet]. [acessado XXXX]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=179&sid=25>
  28. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-36.
  29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

30. Pinto HA, Souza A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde 2012, 6(2):suppl

# APÊNDICES E ANEXOS

## Anexo 1

### Aprovação da pesquisa pelo CEP/UFRGS

	<b>UFRGS</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	<b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA</b> Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
---	--	---	---

**CARTA DE APROVAÇÃO**

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

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

**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**

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

**Equipe Externa:**

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

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

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

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES

1

## Apêndice 1

Questão original no PMAQ-AB de onde extraíram-se os desfechos dos estudos apresentados nesta tese.

II.36 Atenção à saúde bucal		
Este bloco só deverá ser perguntado se houver na equipe profissional de saúde bucal.		
II.36.2	A equipe faz procedimentos básicos de saúde bucal, tais como: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Aplicação de selante
		Aplicação tópica de flúor
		Restauração de amálgama
		Restauração de resina composta
		Exodontia
		Selamento provisório de cavidade dentária
		Curativo de demora (saneamento dentário)
		Drenagem de abscesso dentoalveolar
		Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
		Nenhuma das anteriores