

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

HEBE ROSELY COUTO TEIXEIRA PEREIRA

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA/MG

UBERLÂNDIA

2017

HEBE ROSELY COUTO TEIXEIRA PEREIRA

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito obrigatório para a obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental

Orientadora: **Prof.^aDr.^a Liliane Parreira
Tannús Gontijo**

**UBERLÂNDIA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

P436a
2017 Pereira, Hebe Rosely Couto Teixeira, 1962-
Análise da atenção primária em saúde bucal da família no município
de Uberlândia/MG / Hebe Rosely Couto Teixeira Pereira. - 2017.
105 f. : il.

Orientadora: Liliane Parreira Tannús Gontijo.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.37>

Inclui bibliografia.

1. Saúde Ambiental - Teses. 2. Recursos humanos - Teses. 3. Boca -
Cirurgia - Teses. 4. Saúde bucal - Teses. 5. Família - Saúde e higiene -
Teses. 6. Uberlândia (MG) - Teses. 7. Instrumentos e aparelhos
odontológicos - Teses. I. Gontijo, Liliane Parreira Tannús. II.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1

HEBE ROSELY COUTO TEIXEIRA PEREIRA

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA/MG**

Data: 28/07/2017

Resultado:Aprovado

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Liliane Parreira Tannús Gontijo (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia- Faculdade de Odontologia /Departamento de
Saúde Coletiva

Prof.Dr. Renato César Ferreira
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Departamento de Odontologia

Prof.^a Dr.^a Gerusa Gonçalves Moura
Instituição: UFU - Faculdade de Ciências Integradas do Pontal – FACIP / Geografia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre dizer sim aos meus propósitos, por ter guiado meus passos e por me conceder força para vencer todos os obstáculos.

A minha mãe pelo apoio incondicional e incentivo sempre.

A minha filha Thaís e meu marido Custódio por me apoiarem nessa caminhada

Aos meus irmãos Hélen, Helton e Heleny, pelo apoio e incentivo sempre.

A todos da família pelo apoio e incentivo.

À Prof.^a Liliane, minha orientadora, pela confiança, respeito, e pela grande contribuição na construção deste trabalho.

As minhas amigas Tânia Berbert e Meg Lemos, por sempre me incentivarem e me escutarem nas angústias neste período.

A minha amiga Telma por sempre ajudar e apoiar em todas as horas.

A Cristina Angélica e Rúbia, por acreditarem na minha capacidade e pela oportunidade de crescimento profissional.

As minhas amigas de trabalho, Gigi, Cristiane, Adriana, Neissee Ana Paula, por dividirem a minha ansiedade durante a finalização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde pela liberação na realização da pesquisa e a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que participaram da pesquisa.

A toda equipe de Professores do PPGAT por compartilharem conosco seus conhecimentos e por nos incentivarem.

Aos meus colegas da turma de mestrado, pela dedicação, amizade e trocas de experiências nestes dois anos de estudos. Em especial a Raquel, Josiana, Roberta, Gláucia e Laura.

A todos que me incentivaram e apoiaram nesta jornada e que torceram por mim.

“Não são nossos talentos que mostram aquilo que realmente somos, mas sim as nossas escolhas.”

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde
AMAQ: Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
APS: Atenção Primária à Saúde
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESB: Equipes de Saúde Bucal
ESF: Estratégia de Saúde da Família
ESPMG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB-SUS: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAPS: Plano Diretor de Atenção Primária em Saúde
PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PPGAT/UFU: Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PSF: Programa Saúde da Família
SUS: Sistema Único de Saúde

RESUMO

A Estratégia Saúde Família está fundamentada na Atenção Primária em Saúde - APS, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS. A APS configura-se como ponto coordenador da rede de atenção à saúde, visando garantir a atenção integral aos indivíduos. Para desempenhar este papel deve ser: resolutiva, significa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; organizada, relacionada com sua natureza de centro de comunicação, de coordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e de responsabilização, de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. A aplicação dos atributos da APS supracitadas pode ser verificada por instrumentos de análise, qualitativa e quantitativa, tendo como referência seus seis princípios, sendo eles: (1) primeiro contato; (2) longitudinalidade, (3) integralidade; (4) coordenação; (5) orientação familiar; e (6) orientação comunitária. O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil socioprofissional e analisar os processos de trabalho e a infraestrutura das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, no município de Uberlândia-MG. Trata-se de estudo quantitativo, de caráter epidemiológico, recorte transversal, observacional e analítico. Participaram do estudo sete equipes de saúde bucal da família, perfazendo 70 profissionais. Utilizou-se as matrizes de verificação dos princípios da APS, propostos pelo Plano Diretor de Atenção Primária em Saúde, parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Os itens de verificação são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS. Em adição, empregou-se dois questionários, sendo um para traçar o perfil sócioprofissional dos trabalhadores da equipe e o outro para identificar a conformidade da infraestrutura da atenção odontológica com as diretrizes oficiais. Verificou-se forte feminização dos profissionais das equipes de saúde bucal da família. Elas apresentam em sua maioria o estado civil de solteiras, acima de 11 e menos de 20 anos de graduadas, são especialistas, têm entre 25 e 39 anos de idade. Salienta-se a ausência de valorização e de incentivo ao desenvolvimento da pós-graduação dos cirurgiões-dentistas, no campo da saúde coletiva, quando comparado a outros municípios no país. As áreas destinadas a esterilização e o escovário revelam-se com maior inadequação de infraestrutura. Por sua vez, observou-se não conformidade dos jatos de bicarbonato, seguidos do aparelho fotopolimerizador de resina composta. Há bom funcionamento das equipes de saúde bucal da família na aplicação dos princípios da atenção primária em saúde, registrando média de 78%, ressaltando os melhores desempenhos para os atributos da longitudinalidade, primeiro contato e integralidade. Os resultados apontam para a necessidade do incremento das linhas de cuidado, como da implementação da educação permanente, na busca persistente da retirada da equipe odontológica de seu isolamento ao consultório odontológico e fortalecimento das estratégias integradas a equipe de saúde da família, ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, bem como dos métodos domiciliares e comunitários.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia da Saúde da Família; Saúde Bucal; Cirurgiões-Dentistas, Recursos Humanos, Equipamentos Odontológicos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Minas gerais: Localização da cidade de Uberlândia, 2000.	26
Figura 2. Região ampliada do Triângulo Norte identificando o município de Uberlândia.	27
Figura 3. Setores do Município de Uberlândia-MG e localização das cinco unidades de saúde da família com saúde bucal para o presente estudo, Uberlândia-MG, 2015.	29
Figura 4. Município de Uberlândia subdividido por Distritos Sanitários.	41
Figura 5. Município de Uberlândia subdividido por Distritos Sanitários.	66
Figura 6. Uberlândia/MG: Consultórios odontológicos o município foco do estudo...	73
 Gráfico 1. Uberlândia/MG: Média dos escores dos pontos atribuídos aos Princípios da APS pelas Equipes de Saúde Bucal e da Família, 2016.	47
Gráfico 2. Uberlândia/MG: Avaliação percentual dos itens infraestrutura.	70
 Quadro 1. Uberlândia/MG: Contato das unidades de saúde da família com inserção da saúde bucal selecionadas para o estudo, conforme o tempo de cadastro e sorteio, 2015.	28
Quadro. 2 Uberlândia/MG: Quantidade de profissionais por categoria das Unidades de saúde da família com saúde bucal selecionado por setor para participar das oficinas desta pesquisa, 2015.	30
 Tabela 1. Uberlândia/MG: Distribuição de dados sócioprofissional e demográficos dos trabalhadores das equipes de saúde bucal da família do município em estudo, 2016.	43
Tabela 2. Estudos no Brasil que analisam a presença do sexo feminino nas Equipes de Saúde Bucal.	44
Tabela 3. Avaliação da média percentual dos princípios da Atenção Primária, por equipe de saúde bucal e da família, 2016.	48
Tabela 4. Uberlândia/MG: Infraestrutura das Unidades de Saúde Bucal da Família, segundo conformidade com base nas diretrizes da RDC/Anvisa n.º 50/02 e AMAQ-AB, 2016.	71

Tabela 5. Uberlândia/MG: Disponibilidade dos equipamentos presentes no Consultório Odontológico no município em estudo, no período de fevereiro a agosto de 2016.	72
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. METODOLOGIA	23
2.1. Tipo de Estudo e referências utilizadas.....	23
2.2. Contexto do Estudo	26
2.3. Critérios para seleção da amostra das Unidades	27
2.4. Critérios para seleção da amostra dos Profissionais.....	29
2.5. Instrumentos de coleta de dados	30
2.6. Critérios de Inclusão e Exclusão dos profissionais da pesquisa	32
2.7. Análises.....	33
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
3.1. Artigo I: Análise da Atenção Primária dm Saúde Bucal da Família	34
3.2. Artigo II: Atenção Primária à Saúde Bucal da Família: Infraestrutura das Unidades como Componente da Gestão da Saúde	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
5. REFERÊNCIAS.....	85
6. ANEXOS	92
6.1. Anexo 1: Matrizes de verificação dos seis princípios que devem nortear a APS.	92
6.2. Anexo 2: Questionário para diagnóstico da estrutura física, dos recursos materiais e tecnológicos da equipe de saúde bucal da ESF	95
6.3. Anexo 3: Questionário do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos profissionais da equipe de saúde bucal da ESF.....	100
6.4. Anexo 4a: Termos de consentimento Livre e Esclarecido (ESB)	101
6.5. Anexo 4b: Termos de consentimento Livre e Esclarecido (ESF)	102
6.6. Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	103
6.7. Anexo 6: Análise da Atenção Primária em Saúde Bucal da Família - Submissão Artigo na Revista Physis.	104
6.8. Anexo 7: Submissão Artigo na Revista Physis.....	105

1. INTRODUÇÃO

A expressão e difusão da atenção primária são atribuídas ao Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, que em 1920 a associou com a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados, com ênfase na incorporação das práticas de atenção básica e não a atenção especializada (CONILL, 2008).

Em 1978, foi realizada em Alma-Ata a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo (OMS, 1978).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978),

O conceito de cuidados primários da saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde(OMS, 1978, p. 1).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde coletiva deixaram de ter uma ação com ênfase clínico-curativa e intervencionista, quando a população passou a ter direito a saúde por meio de um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação (FÁVARO, 2014).

A partir do ano de 1992, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994 a Atenção Primária em Saúde (APS) ganha força e destaque com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa acabou se consolidando como uma estratégia para a reorganização da APS no país (BRASIL, 2011).

O enfoque na Atenção Primária significa que a lógica do serviço será feita a partir da organização desse nível de atenção, sendo ele o responsável pela

resolução da absoluta maioria dos problemas de saúde, que afetam a população, principalmente pela sua possibilidade de atuação no ambiente em que acontece o processo saúde-doença. Nesse sentido, a resolubilidade da atenção primária deverá ser buscada, devendo ser a porta de entrada do sistema, considerando as referências e contra referências necessárias, acompanhando o atendimento ao usuário em todos os pontos atenção, mas mantendo a responsabilidade pelo cuidado deste (MINAS GERAIS, 2006).

O Ministério da Saúde, em 2000, com a necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, por meio da contratação do cirurgião- dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do PSF, estabelece a Portaria 1.444, a qual criou o incentivo financeiro para inserir as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000) e estabelecia a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família: cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes; para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveria estar implantadas duas equipes de saúde da família.

Essa proporção desigual foi modificada somente com a Portaria nº 673/2003 (BRASIL, 2003), que possibilitou a igualdade de proporção de uma equipe de saúde Bucal para uma equipe de Saúde da Família. Em complemento a Portaria 1444, o Ministério da Saúde publica a Portaria 267, em 2001 (BRASIL, 2001a), aprovando as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), integrando o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001b).

Em 28 de março de 2006 o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB por meio da Portaria Ministerial nº 648, que definiu a expansão da ESF, ampliou a cobertura das ações e serviços de saúde com foco na integralidade da atenção em saúde.

A AB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, como sendo a porta de entrada principal para o sistema de saúde, com planejamento e programação

descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade; articular ações de promoção a saúde, prevenção de agravos, vigilância a saúde, tratamento e reabilitação; desenvolver relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007).

Na Política Nacional de Atenção Básica as principais responsabilidades comuns a todas as esferas de governos são: "Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS; estabelecer prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica; planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica" (BRASIL, 2006, p. 14).

À competência do Ministério da Saúde (MS) cabe: garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da atenção básica; Definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da atenção básica; Formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica.

É de competência das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, de acordo com a Portaria n.º 2.488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

[...] ser co-responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da atenção básica transferidos aos municípios; Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação; Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios para melhoria dos serviços (BRASIL, 2006, p. 14-15).

O Ministério da Saúde criou também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, tendo como objetivo aumentar a abrangência das ações de atenção básica à saúde.

Em 2006, o MS lançou a Portaria GM nº 399/2006, anunciando o Pacto pela Saúde, dividido em três diretrizes operacionais: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa

do SUS, e Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde definiu prioridades nacionais com fulcro à promoção da saúde e fortalecimento da AB (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o resultado de uma experiência acumulada ao longo dos anos que envolveram vários fatores presentes na história da saúde pública, visando o desenvolvimento e, principalmente, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), na união dos movimentos sociais, usuários do SUS, trabalhadores e gestores das esferas municipal, estadual e federal.

No Brasil, a atenção básica (AB) se desenvolveu com vistas à descentralização, na intenção de estar mais próxima da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários com a saúde pública, ou melhor, a principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde dos municípios. E por isso, é que é muito importante que a mesma esteja fundamentada nos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, vínculo, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e participação social.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas onde as pessoas residem, desempenham um papel fundamental quando se trata de garantir o acesso aos serviços de saúde e uma atenção à saúde de qualidade. Mas para que isso seja possível, é necessário que estas unidades tenham uma infraestrutura necessária para garantir um sistema de saúde público universal, integral e gratuito.

A Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que instituiu a nova PNAB, que manteve a essência da anterior, mas incorporou os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais, e também a presença de profissionais da área de saúde bucal das equipes de Saúde da Família, além de regulamentar os Consultórios de Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito da atenção primária à saúde. A nova PNAB avançou ao reconhecer que deve existir um leque bem maior de modelagens de equipes para atender as diferentes populações e as realidades presentes do Brasil.

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS: ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde; com a universalização do PSE; expansão do PSE às creches por meio de acordo com indústrias e escolas no intuito de oferecer uma alimentação mais saudável.

De acordo com Shimazaki (2009), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) define a Atenção Primária (AP) como:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (SHIMAZAKI, 2009, p. 3).

Em Starfield (2002), a Atenção Primária é definida como

[...] um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

A Atenção Primária à Saúde (APS) primordialmente deve cumprir três funções especiais, que para Mendes (2002) abarcam a *resolução*, que visa solucionar a grande maioria dos problemas de saúde que acometem da população; a *organização*, buscando organizar os fluxos e os contra fluxos dos usuários levando em consideração os diversos pontos de atenção à saúde dentro no sistema de serviços de saúde; e a *responsabilização*, que visa à responsabilização pela saúde dos usuários estando eles em quaisquer pontos de atenção à saúde.

Tomando como base Starfield (2002), a APS precisa estar em consonância com os seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. Em relação ao primeiro contato, o autor explica que a APS deve ser a porta de entrada para o sistema de serviços em saúde, devendo ser o mesmo um ponto de entrada de fácil acesso do usuário na rede pública de saúde.

Millman (1993, s.p.) define *Ponto de Entrada* como sendo o “o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”. Nesse sentido, Starfield (2004) explica que um ponto de entrada acessível possibilita que os usuários cheguem aos serviços, e que o acesso facilitado permite o uso oportuno dos serviços de saúde, com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, então, a forma ideal como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Shimazaki (2009) discorre que acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção, pois possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços de saúde, devendo o local de atendimento ser facilmente acessível e estar disponível para que não haja postergamento, afetando adversamente o diagnóstico e o manejo do problema de saúde. Ainda segundo a autora, o acesso à atenção é importantíssimo quando se deseja a redução da morbidade e da mortalidade, e que as evidências demonstram que o primeiro contato realizado pelos profissionais da APS, com toda certeza leva a uma atenção mais apropriada, trazendo melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos para os municípios.

Quanto a *Longitudinalidade*, a mesma, na visão de Shimazaki (2009) deriva da palavra longitudinal, que é definida como crescimento e mudanças de indivíduos/grupos ao longo de um período de anos.

A longitudinalidade pode ser também vista como uma relação pessoal duradoura entre os profissionais da área de saúde e os usuários em suas unidades de saúde, e independe do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema, e pode estar associada também a diversos benefícios como "menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos" (SHIMAZAKI, 2009, p. 4).

Um dos maiores benefícios da longitudinalidade encontra-se relacionados ao vínculo existente entre o profissional/ equipe de saúde ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, por meio da adoção dos instrumentos de gestão da clínica, ou seja, às diretrizes clínicas e gestão de patologias (SHIMAZAKI, 2009).

Em se tratando de *Integralidade da Atenção*, a mesma exige que a APS tenha conhecimento das necessidades de saúde de uma dada população e dos recursos para abordá-las. Nesse princípio a APS deve "prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção" (SHIMAZAKI, 2009, p. 5). Entende-se então que a integralidade da atenção é um mecanismo primordial dentro da APS, pois assegura que os serviços estejam ajustados às reais necessidades de saúde de uma população, mas para que isso seja efetivo é necessário um diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita; o atendimento pela unidade básica de saúde, nos moldes da prevenção de doenças/ agravos, restauração e manutenção da saúde, visando dar conta dos problemas mais comuns e/ou de maior relevância; a organização das redes de atenção à saúde deve prestar atendimento às necessidades dos usuários no tocante a identificação dos pontos de atenção necessários para o funcionamento do sistema de saúde, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema logístico que abarque o transporte sanitário, central de agendamento de consultas/ internação, prontuário eletrônico, entre outros.

Quando se trata de *Coordenação* deve-se ter em mente que ela é um estado de estar em harmonia presente em uma ação ou esforço comum, como aponta Starfield (2002). Mas ao mesmo tempo pode representar um grande desafio para os profissionais e equipes de saúde presentes na APS, quando não se têm o devido acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção, traduzindo-se em dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas (SHIMAZAKI, 2009, p. 3).

A *Centralização na Família* remonta ao conhecimento dos membros de uma família e dos seus problemas de saúde pela equipe de saúde. Deve-se aqui ter claramente definido que ao longo da história da humanidade as organizações familiares têm sofrido alterações no contexto socioeconômico, valores, aspectos

culturais e religiosos presentes na sociedade, que contribuíram para que houvesse mudanças no conceito, estrutura e na composição das mesmas, como aponta Shimazaki (2009).

No Brasil foi adotado um conceito ampliado com a família sendo reconhecida como "[...] um grupo de pessoas que convivam sob o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não", e normalmente pessoas significativas que tenham convivência na mesma residência, é engajado na família, quer seja ou não o grau de parentesco (SHIMAZAKI, 2009, p. 6).

Já para o Ministério da Saúde (MS), a família é um conjunto de pessoas que estejam ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou mesmo normas de convivência, e que residem na mesma unidade domiciliar, incluindo empregados domésticos que residem no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 1998).

No Brasil, a centralização na família é implementada com base na estratégia de Saúde da Família, desde 1994. Essa estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

As equipes de saúde que atuam na APS são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias, que estejam localizadas em uma determinada área geográfica delimitada, atuando nas ações de prevenção, recuperação, promoção da saúde e reabilitação de doenças/agravs mais frequentes, bem como na manutenção da saúde da comunidade, a e centralização do atendimento á família ocorre por meio da abordagem familiar, realizando várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, partindo da compreensão da estrutura familiar.

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Essas situações permitem que a equipe estabeleça, de forma natural, um vínculo com o usuário e sua família, facilitando a aceitação da investigação e da intervenção, quando necessária (SHIMAZAKI, 2009, p. 6).

É necessário ter uma ampla associação entre a equipe de saúde na APS com o usuário e sua família para que a abordagem familiar seja efetiva, devendo ser, primordialmente fundamentada no respeito à realidade e às crenças da família.

Em relação ao *Enfoque Comunitário* deve fazer uso de habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e de pesquisas avaliativas, no intuito complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população de definida e para isso é necessário "definir e caracterizar a comunidade; identificar os problemas de saúde da comunidade; modificar programas para abordar esses problemas; monitorar a efetividade das modificações do programa" (SHIMAZAKI, 2009, p. 7).

Por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) reforçam a orientação comunitária, possibilitando criar maior vínculo entre as equipes de saúde e as respectivas comunidades. A orientação comunitária preza pelo envolvimento da comunidade na tomada de decisão seja em todos os níveis de atenção e este princípio no Brasil, tem sido viabilizado por meio do controle social realizado pelos conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde.

Para que haja uma APS de qualidade, efetiva, eficiente, articulada a uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) é necessário verificar que medida ela cumpre as três funções e seus atributos. É isso que procura verificar o instrumento de avaliação da APS, em relação aos atributos, o *Primary Care Assessment Tool, PCATool* (STARFIELD *et al.*, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Mendes (2004 apud SHIMAZAKI, 2009), só haverá uma APS de qualidade quando todos os seus atributos estiverem operacionalizados, em sua totalidade, sendo assim os microprocessos de apoio gerenciais, dentre eles os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos, para a prestação de serviços e também viabilizar a operacionalização dos macroprocessos da APS (territorialização, cadastramento das famílias, diagnóstico local, estratificação de risco, etc.), com a qualidade, quantidade e tempo adequado. Portanto para ter qualidade no serviço ofertado segundo o quanto o processo e resultado se aproximam dos princípios da APS.

Com o aparecimento das novas tecnologias em saúde e os diversos modelos assistenciais tem se tornado necessário a discussão acerca da qualidade dos serviços de saúde e a melhor forma de serem avaliados. Ainda a atual situação tem-se buscado novas formas de melhorar a alocação de recursos para que os sistemas de saúde se tornem eficientes, a partir das crises dos sistemas de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Acrescenta-se a esse panorama a busca de formas para aperfeiçoar a alocação de recursos para tornar os sistemas de saúde mais eficientes, a partir da crise dos sistemas de saúde da década de 1980 (CONTANDRIOPOULOS, 2006; DONABEDIAN, 2005; VIACAVA, 2004)

As ESFs foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde por meio de política pública de saúde consubstanciando o modelo da APS. Isto representou um aumento considerável de pessoas cobertas por este programa, e a partir de então, houve um esforço contínuo por parte do MS, na busca por desenvolver uma política de saúde que estruturasse a APS em um modelo robusto. Por isso é preciso que haja avaliações frequentes dos serviços de saúde, mas ainda existem desafios para efetivar esta avaliação de maneira factível, com qualidade, eficiência e equidade, no sentido de provocar melhorias nos serviços de saúde. Portanto, é preciso que haja mecanismos concretos para avaliar os serviços de saúde em termos de qualidade, eficiência e equidade, para que essas aferições sejam promotoras das melhorias de serviços (VIACAVA, 2004).

De acordo com Figueiredo (2011), o MS tem desenvolvido nos últimos anos estratégias para avaliar e monitorar a APS em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como instituições de ensino e pesquisa. Dentre os instrumentos utilizados pelo MS para avaliar os serviços de saúde no Brasil destacam-se o próprio PCATool - Brasil e outros dois: Avaliação Para Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família (AMAQ) e os instrumentos que compõem o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB). O AMAQ surge com a expectativa de introduzir no país uma cultura de avaliação nos serviços de saúde (BRASIL, 2005/2010/2013; FELISBERTO, 2008; FELISBERTO, 2009; HARTZ, 2008; RONCALI, 2010).

E ainda de acordo com (BARBOSA *et al.*, 2007, p. 54):

As ações de saúde bucal incorporadas à estratégia do PSF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações. Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade (BARBOSA *et al.*, p. 54).

No período de 2003/2007, objetivando dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde, o Governo do Estado de Minas Gerais propõe o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. O Plano foi desenvolvido com base no Manual da Atenção Primária à Saúde, numa ação coordenada da Secretaria de Estado de Saúde, que previa uma reestruturação de todos os serviços de saúde prestados pelos municípios (MINAS GERAIS, 2006), em parceria com Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte –ESPMG (MINAS GERAIS, 2008).

Em 2010, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), implanta o Projeto de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal (Pra-Saúde Bucal) propondo um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da atenção em saúde bucal. Com planejamento, organização, operacionalização e monitoramento, as ações visam resultados concretos na melhoria dos indicadores e na qualidade de vida da população. É uma proposta baseada na metodologia do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), com aplicação de cinco oficinas, sendo voltadas para as especificidades da atenção em saúde bucal, tendo como objetivo melhorar o acesso da população aos serviços de saúde bucal (IOMG, 2010).

A porta de entrada, para o serviço de Saúde Bucal, pode ser encarada como a forma que o sistema de saúde se adapta às necessidades do usuário. Entre suas dimensões deve-se considerar (MINAS GERAIS, 2006): a disponibilidade de oferta de serviços adequados (recursos humanos, integralidade de atenção, programas específicos, etc.); a acessibilidade (se a localização da unidade de saúde é satisfatória para os usuários da área de abrangência); a comodidade (se a maneira como os recursos são disponibilizados é satisfatória, incluindo o sistema de marcação de consultas e referenciamento, o horário de atendimento, etc.); a aceitabilidade (relacionada com a atitude dos usuários em relação à equipe de saúde).

No município de Uberlândia pressupõe que as equipes de saúde bucal da família não aplicam ou aplicam de forma parcial os princípios da APS, por distintos fatores que vão da insuficiência e/ou não apropriação de conhecimentos (conceitual e/ou operacional dos profissionais da equipe odontológica) ou, ainda, por ausência ou insuficiência de condições (orçamentárias e/ou de infraestrutura para a atenção odontológica) e/ou de modelo de atenção e gestão adotados.

Este estudo tem como objetivo geral realizar um diagnóstico do perfil, percepção dos processos de trabalho e infraestrutura da das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia-MG. Quanto aos objetivos específicos buscar-se-á identificar às características estruturais do espaço destinado a atenção clínica e preventiva da equipe de saúde bucal da família; avaliar os processos de trabalho da APS das equipes de saúde bucal da família; traçar o perfil epidemiológico, socioeconômico e de lazer dos profissionais que atuam na equipe de saúde bucal da família.

Para que a Equipe Saúde Bucal atue inserida na Estratégia de Saúde da Família, faz-se necessário então, avaliar se ela está mobilizada a rever suas posturas, atitudes, e discutir quais barreiras enfrentadas pelos usuários para o acesso à atenção em saúde bucal. Os resultados que tratam do cerne desse estudo serão apresentados na forma de dois artigos foram submetidos a uma Revista.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo e referências utilizadas

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter epidemiológico, de recorte transversal, observacional, descritivo, analítico e correlacional. Contém elementos relevantes para a análise da aplicação dos princípios da APS, com ênfase na saúde bucal.

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais e experimentais. De uma maneira geral, os estudos epidemiológicos observacionais podem ser classificados em descritivos e analíticos. O escopo deste trabalho é do

tipo epidemiológico descritivo e analítico. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos e condições (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Assim, esse estudo irá responder à pergunta: quando, onde e como acontece o problema? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo), sendo que a análise dos dados primários foi o intuito desse estudo. Desta forma, examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras.

Por sua vez, os estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Este estudo é também analítico do tipo ecológico, também chamado de correlacional, pois consiste em comparar a variação de dois ou mais fatores para estabelecer relações entre eles.

O estudo é observacional considerando que não há manipulação de variáveis. Observa se determinado fenômeno em determinado grupo (contexto). Nesse estudo verificam-se elementos da APS em equipes de saúde bucal da família em Uberlândia-MG.

O recorte é transversal, pois, a coleta de dados foi em um único momento, onde cada participante e sua equipe foi avaliado uma única vez, no período de março a junho de 2016.

A pesquisa é quantitativa, pois tem interesse em quantificar fenômenos através da utilização de instrumentos formais em condições padronizadas. São atribuídos valores numéricos para parâmetros físicos, fisiológicos ou subjetivos. Os dados são submetidos à análise estatística.

Ainda, nesse estudo, após a reflexão e discussão sobre os itens de verificação, o grupo respondeu e pontuou, as respostas em um gradiente que vai da “não existência do que está sendo perguntado a funcionamento de forma ótima”, ou seja, para cada item de verificação foi conferida pontuação. Além disso, foi

aplicados mais dois questionários e quantificou-se as informações fornecidas em condições padronizadas.

Nesse sentido, a coleta de dados incluiu oficinas de trabalho para preenchimento coletivo, pelas equipes de saúde da família, das matrizes de verificação dos princípios da APS, propostos pelo Plano Diretor de Atenção Primária em Saúde, específico para o campo da saúde bucal da família denominado Pra-Saúde Bucal (SANTOS, 2010), em parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2006) com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG, 2008). As referidas matrizes incluem itens de verificação, que correspondem a frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS.

Em acréscimo, empregaram-se dois questionários dirigidos aos profissionais da equipe de saúde bucal da família, sendo um para traçar o perfil sócio, econômico, demográfico e epidemiológico (gênero, idade, formação, características contratuais e situação de saúde) dos profissionais da equipe e o outro para identificar a conformidade da infraestrutura da atenção odontológica existente, frente às diretrizes oficiais, ou seja, parametrizados pela Resolução da Diretoria Colegiada (BRASIL, 2006a), respectivamente.

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta o Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem por objetivo a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012b).

A Constituição Federal de 1988 contemplou temas como a formação de recursos humanos na área da saúde (Seção II, art. 200) e a Lei 8080/90, em seus artigos 13, 15, 16, 27 e 30 tratam sobre saúde do trabalhador, política de formação e desenvolvimento de recursos humanos, e normas e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho.

Nessa ótica, tratou-se de uma pesquisa que busca ir além da descrição das características, analisando e explicando porque os fatos estão acontecendo,

ajudando os profissionais a entender, descobrir e mensurar as relações causais entre eles.

2.2. Contexto do Estudo

O estudo foi realizado em Uberlândia, local onde vivem e trabalham as pesquisadoras, facilitando a coleta e análise dos dados. A cidade de Uberlândia está situada na Região do Triângulo Mineiro (Figura 1), na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte (Figura 2).

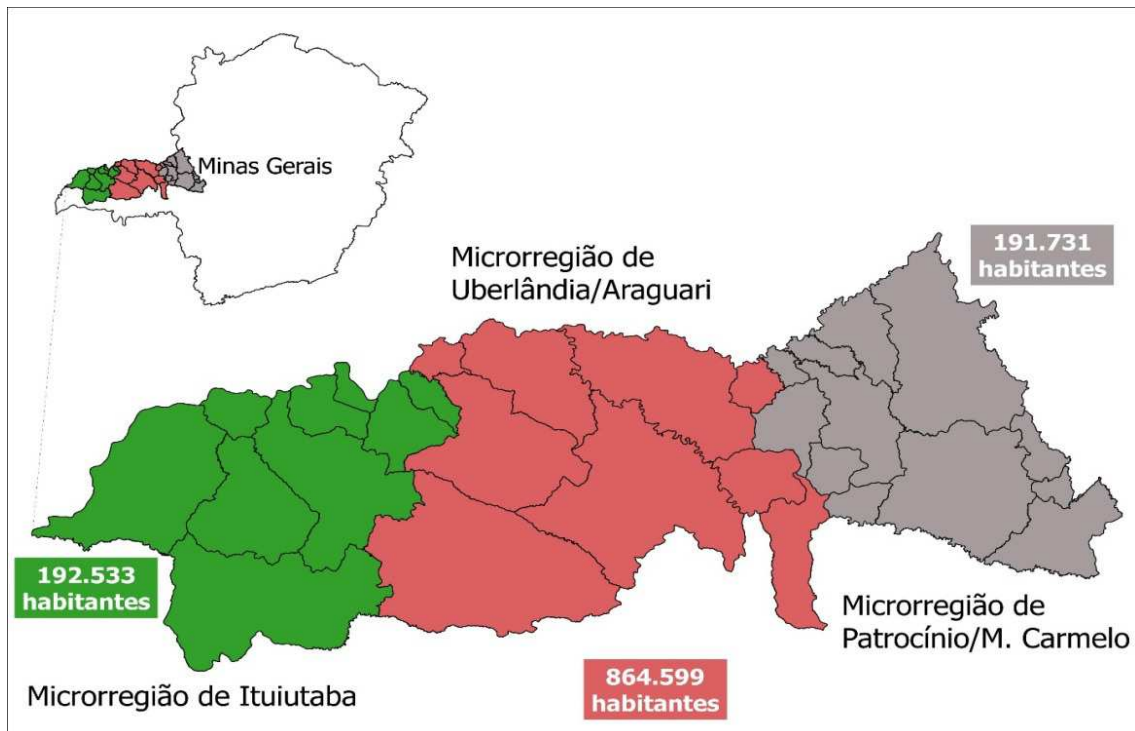
Figura 1. Minas gerais: Localização da cidade de Uberlândia, 2000.



Fonte: COSTA (2017).

Com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) de 619.536 habitantes, é a maior cidade de todos os municípios da região, conforme Figura 2.

Figura.2. Região ampliada do Triângulo Norte identificando o município de Uberlândia.



Fonte: LEMOS e COSTA (2017).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (DATASUS, 2015), o município tem 74 equipes de Saúde da Família. Estas unidades encontram-se localizadas em cinco distritos sanitários do município, denominados distritos norte, sul, leste, oeste e central na zona urbana e 4 distritos administrativos (Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama) na zona rural.

2.3. Critérios para seleção da amostra das Unidades

Foram estabelecidos três critérios para escolha da amostra, ou seja, das sete unidades participantes da pesquisa, sendo elas:

- 1º. Unidades com Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal;
- 2º. Maior tempo de cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) das equipes de Saúde Bucal nas unidades de Saúde da Família, em cada setor sanitário do município.

3º. Unidades localizadas em diferentes distritos urbanos da cidade de Uberlândia: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. OS distritos administrativos da zona rural não participaram da seleção pois o acesso a eles naquele momento era inviável.

Desta forma, neste estudo o critério definido para escolha das 7(sete) unidades recaiu sobre o quesito “inserção” com mais tempo de cadastro no CNES” das equipes de Saúde Bucal nas unidades de Saúde da Família. Para as equipes que foram cadastradas na mesma data realizou-se sorteio para escolha da equipe. As equipes elencadas para o estudo encontram-se no Quadro 1.

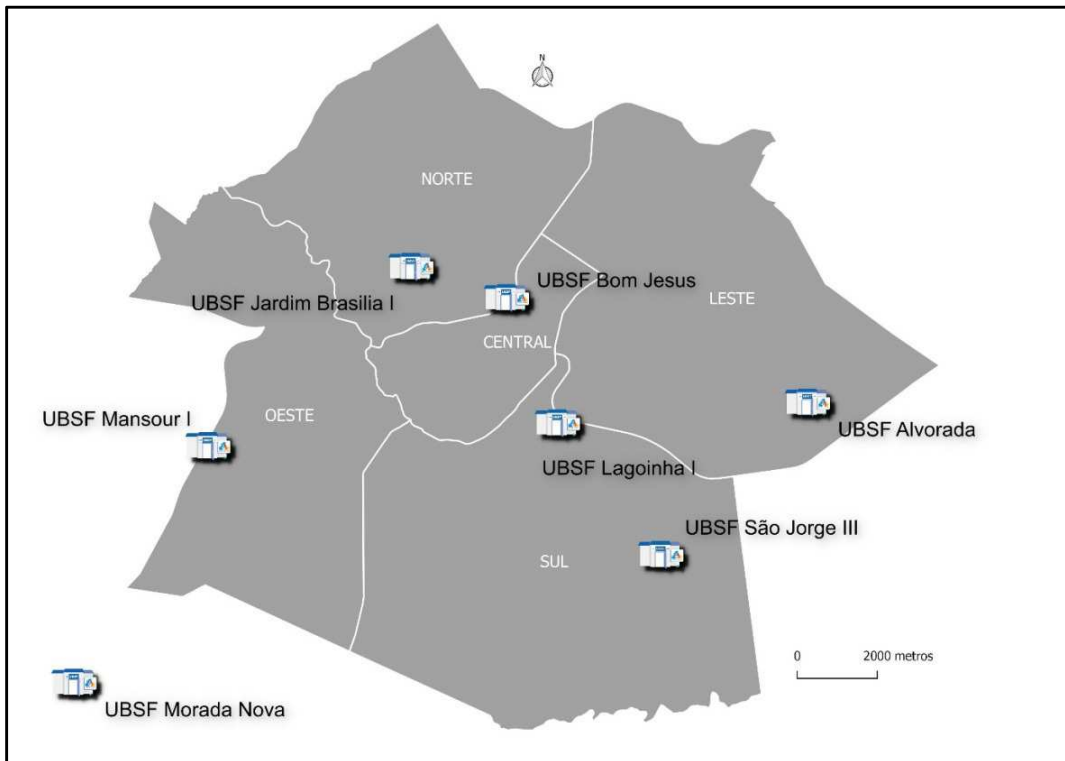
Quadro 1. Uberlândia/MG: Contato das unidades de saúde da família com inserção da saúde bucal selecionadas para o estudo, conforme o tempo de cadastro e sorteio, 2015.

UBSF	Endereço	Telefone	E-mail da unidade
Bom Jesus	R. Niterói, nº 225	3236-2408	ubsfbomjesus1@uberlandia.mg.gov.br
Alvorada	R. Edézio F. Moraes, nº121	3216-3290	ubsfalvorada@uberlandia.mg.gov.br
Jardim Brasília I	R. Capricórnio, nº 34	3237-6330	ubsfjdbrasil1@uberlandia.mg.gov.br
Morada Nova I	Av. Aldo Borges Leão, nº 2329	3224-9577	ubsfmoradanova@uberlandia.mg.gov.br
Lagoinha I	R. PioXII, nº 353	3226-5367	ubsf lagoinha1@uberlandia.mg.gov.br
São Jorge III	R. Ângelo Cunha, nº 269	3231-6144	ubsf saojorge3@uberlandia.mg.gov.br
Mansour I	R. Rio Citaré, nº 52	3223-2792	ubsfmansour1@uberlandia.mg.gov.br

Fonte: Elaborado pelas autoras (2016).

O critério seleção da amostra referente a localização das unidades em cada um dos cinco setores urbanos (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro) do município de Uberlândia, não considerando a zona rural é ilustrado na figura 3.

Figura 3. Setores do Município de Uberlândia-MG e localização das cinco unidades de saúde da família com saúde bucal para o presente estudo, Uberlândia-MG, 2015.



Fonte: COSTA (2017).

2.4. Critérios para seleção da amostra dos Profissionais

O total de equipes de Saúde da Família com saúde bucal são 28 equipes, perfazendo um total da amostra de 311 profissionais (Quadro 3). Para a escolha do tamanho da amostra, com uma precisão amostral de 10% e um nível de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo, de acordo a metodologia sugerida por Fonseca e Martins (2006):

$$n = \frac{Z^2 pqN}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Onde o $n = 75$ profissionais, que fizeram parte da amostra de sete equipes de Saúde da família com Saúde Bucal.

Foram estabelecidos dois critérios para escolha da amostra, isto é, dos profissionais das sete unidades participantes da pesquisa, sendo eles:

1º. Pertencera equipe da Estratégia Saúde da Família;

2º. Profissionais cadastrados no CNES da unidade.

Participaram da pesquisa 70 profissionais de sete equipes de saúde da família da Rede SUS municipal de Uberlândia, em Minas Gerais, considerando a aplicação do instrumento de coleta de dados denominado matriz de verificação da APS. Salienta-se, para traçar o perfil e analisar condições de infraestrutura odontológica participaram apenas os integrantes das equipes de saúde bucal da família, perfazendo 14 sujeitos do estudo sendo eles: cirurgião-dentista e técnico e auxiliar de saúde bucal, conforme Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 Uberlândia/MG: Quantidade de profissionais por categoria das Unidades de saúde da família com saúde bucal selecionado por setor para participar das oficinas desta pesquisa, 2015.

Profissionais/Setor	Central	Leste	Norte	Oeste	Sul	Total Geral
ACS	7	12	4	11	6	40
Auxiliar de enfermagem	1	2	1	2		6
Auxiliar em saúde bucal	1	2	1	1	1	6
Cirurgião dentista	1	2	1	2	1	7
Enfermeiro	1	2	1	2	1	7
Médico	1	2	1	2	1	7
Téc. de enfermagem	-	-	-	-	1	1
Téc. em saúde bucal	-	-	-	1	-	1
Total Geral	12	22	9	21	11	75

Fonte: Pesquisa direta (2015).

2.5. Instrumentos de coleta de dados

Os dados desse estudo foram coletados por meio de 03 (três) instrumentos de coleta de dados, abaixo relacionados:

Instrumentos 1 - As matrizes de verificação dos princípios da APS - propostos pelo Plano Diretor de Atenção Primária em Saúde, parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Os itens de verificação são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS, em anexo 1.

Estas matrizes foram aplicadas mediante realização de uma oficina, para cada equipe de saúde da família, com duração aproximada de 4 horas, em data agendada pela coordenação da unidade de saúde.

Para a análise da APS no município, foram utilizadas seis matrizes de verificação dos princípios da APS e uma matriz de fechamento de pontuação, apresentadas em Anexo 1.

Este instrumento teve o objetivo de orientar quanto ao método, que consiste em refletir, discutir e responder aos itens de verificação propostos. Após a reflexão e discussão sobre os itens de verificação, o grupo deve responder e pontuar:

0. Não existência do que está sendo perguntado;
1. Funcionamento básico ou incipiente;
2. Funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
3. Funcionamento de forma ótima.

Após a pontuação de todos os itens, o grupo deve somar todos os pontos dados e estabelecer o percentual alcançado em relação à pontuação máxima estabelecida.

Instrumento 2- Instrumento de verificação dos elementos da conformidade dos recursos materiais, equipamentos e tecnológicos da atenção odontológica presente nas Unidades de Saúde Bucal da Família- dirigido a equipe de saúde bucal da família para identificar a conformidade da infraestrutura da atenção odontológica, dos recursos materiais e tecnológicas, com as diretrizes oficiais. Os itens de verificação (Anexo 2) identificam a conformidade da infraestrutura da atenção odontológica com as diretrizes oficiais e tem como base a RDC/Anvisa n.º 50/02 e o PMAQ, (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2012b). Após a reflexão e discussão sobre os itens de verificação, a equipe de saúde respondeu:

- A = Se considerar que “atende” conforme parâmetro da RDC 50 e PMAQ;
- AP = “Atende parcialmente”;
- NA = “Não atende”.

Para cada item de verificação conferiu-se a pontuação estabelecendo o percentual alcançado. Foram realizadas fotografias dos consultórios odontológicos, área de compressor para complementação dos resultados encontrados neste instrumento.

Instrumento 3 - Questionário do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos profissionais da equipe de saúde bucal da ESF - dirigido à equipe de saúde bucal da família para identificar a formação, idade, estado civil, tempo de formado e pós graduações dos profissionais da equipe (Anexo 3).

2.6. Critérios de Inclusão e Exclusão dos profissionais da pesquisa

A pesquisa teve como universo de estudo os profissionais da área de saúde das seguintes categorias: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, técnico e auxiliar em saúde bucal e os agentes comunitários de Saúde, que fazem parte das equipes selecionadas para amostra e que consentiram participar da pesquisa.

O critério de exclusão foi os profissionais que não autorizaram sua participação da pesquisa e outros profissionais que não mencionados anteriormente.

O presente estudo foi autorizado pela Coordenação da Atenção Primária a Saúde da Secretaria Municipal de Uberlândia, para a realização da mesma no espaço das unidades de saúde e avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Parecer Consubstanciado número 1.382.958, emitido em 31 de dezembro de 2015 (Anexo 4).

Não existe uma pesquisa sem riscos, verifica-se que nesta pesquisa o cuidado se refere a preservar o sigilo da identificação do sujeito de pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012a). Assim, a equipe de pesquisadores se comprometeu com o sigilo absoluto da identidade dos sujeitos desta pesquisa. Os benefícios aos profissionais poderão ser diretos ou indiretos, dentre eles, ampliação do conhecimento e de apropriação das tecnologias a respeito de do assunto proposto e poderá conduzir a um efeito positivo no desenvolvimento de suas atividades profissionais na unidade e na qualificação da atenção em saúde bucal.

Cabe salientar que seguiu, junto com o instrumento de coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

2.7. Análises

Com relação ao perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde que atuam na saúde bucal e os dados das Matrizes dos Princípios da APS foram registrados em planilha eletrônica no Excel e tratados estatisticamente por Epi Info 7, por meio de estatística descritiva, de modo a permitir cruzamentos múltiplos dos mesmos. Como essa metodologia comparou o escore de cada princípio com a pontuação máxima permitida pelo instrumento; para avaliação de agrupamentos, o escore de cada questão foi a média dos pontos atribuídos, sendo apresentados em tabelas e em figuras na forma de média (dados quantitativos).

Os resultados podem ser observados nos gráficos e tabelas, evidenciando os valores, permitindo a comparação entre os princípios e entre os itens internos a cada princípio.

Com relação ao instrumento de verificação dos elementos da conformidade dos recursos materiais, equipamentos e tecnológicos da atenção odontológica presente nas Unidades de Saúde Bucal da Família, os dados coletados foram analisados e tratados estatisticamente e complementados com as fotografias dos consultórios odontológicos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados no formato de dois artigos científicos, que foram submetidos à Physis: Revista de Saúde Coletiva.

3.1. ARTIGO I: ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA

Hebe Rosely Couto Teixeira¹
Liliane Parreira Tannús Gontijo²

RESUMO

O presente artigo identifica o perfil sócioprofissional da equipe de saúde bucal da família e verifica a conformidade de seu processo de trabalho na aplicação dos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS), em um município mineiro de médio porte. A pesquisa é caracterizada como quantitativa, de caráter epidemiológico, recorte transversal, observacional e analítico. Utilizou-se as matrizes de verificação dos princípios da APS e um questionário sobre perfil sócioprofissional e demográfico. A partir dos dados pode observar forte feminização dos trabalhadores das equipes de saúde bucal da família, com predomínio de mulheres solteiras, entre 25 a 39 anos de idade, 85% dos cirurgiões-dentistas tem entre 6 e 20 anos de graduação e 100% estão cursando ou concluíram a pós-graduação e somente 14,3% possui pós-graduação no campo da saúde coletiva. Os processos de trabalho na APS se aproximam do preconizado para as equipes de saúde bucal da família, registrando média de 78%. Os resultados apontam para a necessidade do incremento das linhas de cuidado; implementação da educação permanente; incentivo a qualificação no campo da saúde coletiva; construção e fortalecimento de estratégias integradas a equipe de saúde da família, com ênfase na abordagem e atenção domiciliar; estratégias de atuação comunitária, em detrimento ao isolamento ao consultório odontológico da equipe de saúde bucal da família.

Palavras-Chave: Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia; mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenadora do Programa de Saúde Bucal no município de Uberlândia - Gestão 2017- 2020. E-mail: hebeteixeira@yahoo.com.br.

² Docente Faculdade de Odontologia (FOUFU). Coordenadora Área de Concentração Saúde Coletiva Residência Multiprofissional em Saúde/Faculdade de Medicina (FAMED). Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestre e doutora em Saúde Pública EERP/USP. Av. Pará 1720, Umuarama. 38400-902. Uberlândia MG. Email: lilianetannus1@gmail.com

ABSTRACT

It identifies the socio-professional profile of family oral health team (OTH) and verifies the work process conformity in principles application about Primary Health Care (PHC) in a midsize city. Quantitative study with epistemological features, cross sectional, observational and analytical study. Matrices verification of PHC principles and socio-professional and demographic profiles were used. There was a strong feminization of family Oral Health Team workers, with a predominance of single women, between 25 and 39 years old, 85% of dental surgeons have between 6 and 20 years of graduation and 100% are attending or have completed post graduation and only 14.3% have a postgraduate degree in collective health area. The work processes in PHC are close to what is recommended for the family Oral Health teams (OTH), registering an average of 78%. The results point to the need to increase care lines, Implementation of permanent education; Encouragement to graduate in collective health area; Building and strengthening strategies integrated to the family health team, with emphasis on approach and home care; And community action strategies to the detriment of dental office isolation of the family oral health team.

Key words: Oral health; Family Health Strategy; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se apresentado internacionalmente como uma estratégia para organizar a atenção à saúde de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2007, propôs uma renovação da APS pelas seguintes razões: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; e acima de tudo é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades (OPAS, 2007).

Por sua vez, no Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Assim, as políticas de saúde

coletiva deixaram de ter uma ação com ênfase clínico-curativa e intervencionista, quando a população passou a ter direito a saúde por meio de um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação (VIANA; DAL POZ, 2005).

Nesse estudo, utilizaremos as expressões Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como sinônimas. O título do estudo opta pela expressão APS, considerando se tratar de uma terminologia originária e internacional.

Por sua vez, a política oficial de saúde - o SUS adota a Estratégia de Saúde da Família, para que a mesma possa vir a se constituir de fato como um elemento propulsor de um sistema baseado na atenção primária (MATTA; MOROSINI, 2009).

Nesse contexto, ocorreu a promulgação da Portaria nº GM 648, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere a atenção básica a saúde ao definir como prioridade “[...] consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2006, s.p.).

Nessa perspectiva, o processo de trabalho referente a atenção primária em saúde, em especial nesse momento da saúde bucal da família, é analisado a partir da aplicação dos seis atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e enfoque comunitário. Em revisão bibliográfica conduzida por Mendes (2009) e Shimazaki (2009), esses atributos são assim interpretados:

1. *O primeiro contato* implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado.
2. *A longitudinalidade* requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família.
3. *A integralidade* supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

4. *A coordenação* implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.
5. *O enfoque familiar* remete ao conhecimento dos membros da equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde (MENDES, 2009).
6. Quanto *a orientação comunitária* diz respeito do envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção, o qual tem sido efetivado por meio do controle social com a instituição dos conselhos locais e municipais de saúde assim como as conferencias nacionais de saúde.

Conforme Gontijo (2007), a perspectiva de atenção primária em saúde que assumimos nesse estudo supera visões mais restritas, compreendendo-a muito além de um meio para ofertar serviços as populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência, fundamentando-se, principalmente, nas concepções de Starfield (2002) e Mendes (2009).

Nesse sentido, é importante voltar a atenção para a revisão da PNAB publicada no documento síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica 2, realizado por iniciativa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em outubro de 2016, que tinha o propósito de obter subsídios para a revisão da PNAB. O documento síntese das discussões trouxeram ideias que merecem destaque, considerando as potenciais repercussões, principalmente na redação de seus anexos, por indicar retrocessos no sentido de reducionismo da atenção primária em saúde nos trechos: "carteira de serviços mínima para a PNAB" e "indução de carteiras de serviço que atendam às necessidades e especificidades locais", isto é, carteiras de serviços essenciais e estratégicos, resultando em coabitação entre SUS e saúde suplementar, percorrendo o rumo para a privatização, comprometimento do financiamento do SUS, em prejuízo a prática qualificada e ampliada da APS. (MOROSINI, 2017. p. 6-7).

Em breve histórico, de fatos importantes para inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil, entre 2001 a 2010, verificou-se que os instrumentos legais, dentre eles a Portaria nº 267/2001 e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, em 2004, pelo Ministério da Saúde, foram decisivos para importantes avanços nesse campo específico. Nessa ótica,

salienta-se: a aprovação das normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, integrando o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e o elenco de procedimentos da saúde bucal, compreendidos na atenção básica (BRASIL, 2001).

Esta inclusão expande os serviços odontológicos em uma perspectiva de maior integralidade das ações em saúde bucal, articuladas com a tríade promoção, prevenção e reabilitação da saúde, bem como, o envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a corresponsável pela saúde de seus familiares e da coletividade (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Por sua vez, o advento do “Brasil Sorridente”, fortalece a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento e centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença. Vale ressaltar que o Projeto Saúde Bucal (SB) Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira, identificou as condições da saúde bucal do país e tem sua relevância no embasamento epidemiológico para a supracitada política (BRASIL, 2011).

Após 8 (oito) anos do Projeto SB 2003, seguiu-se a aplicação de dois outros Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal da população brasileira, o SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2012) e sua versão estadual, o SB Minas 2012, sendo que ambos reforçaram a necessidade do planejamento estratégico, centrado na epidemiologia (BRASIL, 2011).

Nessa oportunidade da realização do levantamento SB Brasil 2010, o município objeto do presente estudo participou da amostra ampliada, proposta pelo Ministério da Saúde, podendo reconhecer sua situação, de forma comparativa ao estado de Minas Gerais e ao país, em relação aos índices odontológicos de condições da cárie dental.

Os resultados demonstraram que os índices de cárie dentária para dentes decíduos (ceo-d) e permanentes (CPO-D) do município em estudo apresentaram-se com prevalências maiores para todas as idades. Salienta-se os dados de ceo-d para 5 anos de idade: município 3,0; Minas Gerais e Brasil 2,4; e CPO-D para a idade de 12 anos: município 2,5; Minas Gerais 2,2; e Brasil 2,1 (BRASIL, 2012).

Frente ao diagnóstico posto, o município buscou adaptações necessárias na oferta de serviços em saúde bucal, baseou-se na lógica do fortalecimento e qualificação da Atenção Primária em Saúde, e utilizou como estratégia a implementação das diretrizes do Plano Diretor de Atenção Primária em Saúde (PDAPS), em 2007.

Dentre as ações implementadas destacam-se a atenção por adscrição de clientela; mobilização das equipes de saúde bucal nos aspectos de revisão de posturas e atitudes na APS; e análise das barreiras enfrentadas pelos usuários para o acesso à atenção em saúde bucal.

Em 2010, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), implantou o Projeto de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal (Pra-Saúde Bucal) (BRASIL, 2010), o qual propôs um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da atenção em saúde bucal, na perspectiva do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento. As ações visam resultados concretos na melhoria dos indicadores e na qualidade de vida da população. Refere-se a uma proposta baseada na metodologia do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (ESP-MG, 2008), com aplicação de cinco oficinas, voltadas para as especificidades da atenção em saúde bucal, tendo como objetivo melhorar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, com base na qualificação da APS. (IOMG, 2010). O município em estudo foi definido como piloto e implementou o Pra-Saúde bucal, parcialmente, no período de 2009 a 2010.

Nesse contexto, o município encontrou subsídios teóricos e estratégicos, além de reconhecer uma oportunidade para aprofundar tanto na concepção de atenção primária, como na aplicação de seus instrumentos disponíveis na revisão de suas ações em saúde bucal, no âmbito municipal.

No período de 2012 a 2016, o município implementou 28 equipes de saúde bucal da família, isto representou somente 37% das equipes de saúde da família presentes no município. Em 2017, houve a ampliação de três equipes de saúde bucal da família. O município tem, na modalidade estratégia de saúde da família cobertura correspondente a 41,21% de atenção primária e 16,7% de cobertura de saúde bucal da família.

Nessa conjuntura posta, este estudo objetivou analisar se os processos de trabalho, das equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família (ESF), estão em conformidade com os princípios da atenção primária em saúde, bem como traçar e correlacionar com o seu perfil sócioprofissional, em um município mineiro de médio porte.

A estrutura do artigo inclui a escolha do tema, elaboração e execução operacional do projeto, organização do material coletado, análise e discussão dos resultados, elaboração do relatório final e a divulgação dos resultados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter epidemiológico, de recorte transversal, observacional, descritivo e analítico.

O município em estudo possui população estimada pelo IBGE (2012) de 619.536 habitantes. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2015), possui 74 equipes de Saúde da Família, sendo 28 Equipes com inserção da saúde bucal, perfazendo 311 trabalhadores desse campo específico.

Para a escolha do tamanho da amostra de profissionais, no universo de 311 trabalhadores das equipes de saúde da família com saúde bucal, utilizou-se precisão amostral de 10% e um nível de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo, de acordo com a metodologia sugerida por Fonseca e Martins (2006) foi de 70 profissionais.

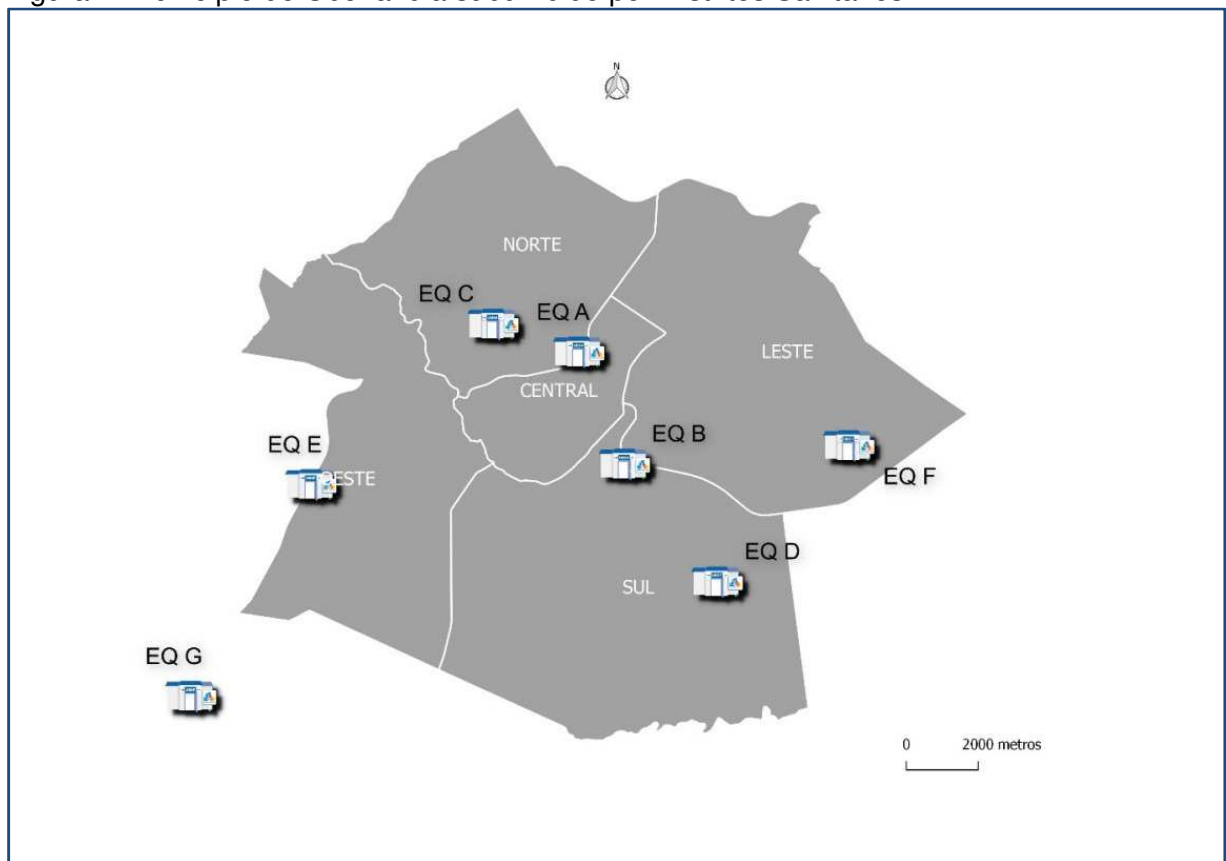
Três critérios foram considerados para seleção das equipes participantes da amostra: (1^o) Equipes de Saúde da Família com inclusão da estratégia de Saúde Bucal; (2^o) Maior tempo de inserção das Equipes de Saúde Bucal da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, segundo o setor sanitário do município; e (3^o) Unidades de Saúde da Família localizadas em distintos setores urbanos do município: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central.

Desta forma, a partir desses critérios definiu-se sete unidades de saúde da família, onde o desempate recaiu sobre o quesito “inserção” com mais tempo de inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes de Saúde Bucal, nas unidades de Saúde da Família. Foi selecionada uma equipe

por setor sanitário, e para completar a amostra foram selecionadas mais duas equipes nos setores sanitários que possuíam maior número de equipes de saúde bucal, por meio de sorteio. O setor sanitário sul possuía maior número de equipes e foi realizado o sorteio de duas equipes, pois a inserção no CNES foi na mesma data. Como os setores sanitários oeste e leste possuíam o mesmo número de equipes, foi então realizado o sorteio, e o setor sanitário oeste foi contemplado, e mais uma unidade foi escolhida que tinha maior tempo de inserção no CNES.

Posto os critérios utilizados para seleção da amostra, participaram do estudo 70 trabalhadores atuando em sete equipes de saúde bucal da família, as quais se encontram localizadas em cinco setores urbanos do município, denominados setores norte, sul, leste, oeste e central, conforme figura 4.

Figura 4: Município de Uberlândia subdividido por Distritos Sanitários.



Fonte: COSTA (2017).

Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2016, por meio de dois instrumentos: (1) questionário sobre perfil sócioprofissional e demográfico; e (2) as matrizes de verificação dos princípios da APS. Esse último corresponde a

instrumento de avaliação proposto pelo Pra-Saúde Bucal (SANTOS, 2010), em parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG, 2006) e a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (SES-MG, 2008).

Realizou-se uma oficina de trabalho em cada equipe separadamente para discussão e preenchimento coletivo dos integrantes da equipe mínima da ESF, das referidas matrizes de verificação da APS, as quais incluem itens de verificação que correspondem a frases afirmativas relacionadas aos seis princípios da APS. A oficina de trabalho durou em média 60 minutos. Logo após a reflexão e discussão sobre os itens de verificação, o grupo graduou suas respostas em uma escala de 0 a 3, sendo:

- 0- Não existência do que está sendo perguntado;
- 1- Funcionamento básico ou incipiente;
- 2- Funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3- Funcionamento de forma ótima.

Em outro momento, foi aplicado o questionário dirigido aos trabalhadores da equipe de saúde bucal da família, para traçar o perfil sócioprofissional e demográfico.

RESULTADOS

Os dados das Matrizes dos Princípios da APS foram tratados estatisticamente. Para avaliação de agrupamentos, o escore de cada questão foi a média percentual dos pontos atribuídos. Posteriormente, comparou-se o escore de cada princípio com a pontuação máxima permitida pelo instrumento. Por sua vez, os dados coletados sobre o perfil dos profissionais foram tabulados e analisados de forma descritiva. A seguir analisaremos o perfil sócioprofissional no Grupo A, e em seguida no Grupo B os princípios da atenção primária em saúde bucal.

Grupo A – Perfil Sócioprofissional

A tabela 1 sintetiza os achados do perfil sócioprofissional de 100% dos trabalhadores da saúde bucal da família, pertencentes às sete Equipes participantes

do estudo (Anexo 5). Perfaz 25% do total de profissionais presentes nas 28 equipes de saúde bucal da família, do município em estudo. Metade compõe-se de cirurgiões-dentistas; 28,6% de auxiliares de saúde bucal; e 21,4% de técnicos em saúde bucal.

Tabela 1. Uberlândia/MG: Distribuição de dados sócioprofissional e demográficos dos trabalhadores das equipes de saúde bucal da família do município em estudo, 2016.

Variável	Número	Percentual
Sexo		
Feminino	14	100,0%
Masculino	0	0
Faixa etária (anos)		
25 a 29	4	28,6%
30 a 34	2	14,3%
Variável		
35 a 39	4	28,6%
40 a 44	1	7,1%
45 a 49	2	14,3%
50 a 54	1	7,1%
Estado Civil		
Solteira	8	57,2%
Casada	5	35,7%
Divorciada com companheiro	1	7,1%
Formação		
Superior completo	7	50,0%
Médio completo	6	42,9%
Fundamental completo	1	7,1%
Categoria Profissional		
Cirurgião-Dentista	7	50,0%
Técnico em Saúde Bucal	4	28,6%
Auxiliar em Saúde Bucal	3	21,4%
Tempo de formado na graduação (anos)		
2 – 5	1	14,3%
6 – 10	2	28,6%
11 - 15	2	28,6%
16 - 20	2	28,6%
Realizou algum curso de pós-graduação?		
Especialização	6	85,7%
Mestrado	1	14,3%
Especialização na área de saúde coletiva?		
Sim	1	14,3%
Não	6	85,7%

Fonte: Pesquisa direta (2016).

Neste estudo o percentual da presença feminina no cuidado de saúde bucal da família foi de 100% de profissionais superando os estudos infra mencionados,

validando o aumento do sexo feminino no mercado de trabalho no campo da saúde e do cuidado na atenção básica, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Estudos no Brasil que analisam a presença do sexo feminino nas Equipes de Saúde Bucal.

Estudos no Brasil	Presença feminina nas Equipes de Saúde Bucal
Município Mineiro em estudo (2016)	100,0%
Maciel, Barcelos e Miotto (2006) Grande Vitória	76,5%
Rodrigues (2000) - Rio Grande do Norte	54,8%
Marcelino (2000) - Araçatuba	53,7%
Conselho Regional de Odontologia (2003) - Espírito Santo	57,7%
IMBRAPE (2003) - Todas as macrorregiões	57,5%

Fonte: GONTIJO e TEIXEIRA (2015).

Nessa perspectiva, segundo Maciel, Barcelos e Miotto (2006), a grande inserção das mulheres no mercado de trabalho provocou modificações no perfil profissional em muitas áreas e a Odontologia brasileira não constitui exceção. Os achados de seu estudo mostram que a presença feminina (76,5%) nas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família supera a do sexo masculino.

Enquanto Rodrigues (2000) e Marcelino (2000) encontraram 54,8% de homens e 53,7% de mulheres em uma amostra de profissionais do Serviço de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e Araçatuba, respectivamente. Já no estudo realizado pelo Conselho Regional de Odontologia do Espírito Santo, em 2002, os resultados obtidos foram de 57,7% de mulheres e a pesquisa realizada pelo INBRAPE (2003), que incluiu profissionais de todas as macrorregiões, registrou a presença de 57,5% do sexo feminino.

A idade dos profissionais oscila entre 25 a 54 anos, apresentando 71,5% dos profissionais com idade entre 25 a 39 anos, seguida de 45 a 49 anos (14,3%), e apenas 7,1% com idade entre 50 e 54 anos, o que reafirma os achados de Oliveira e Uchôa (1993), de Marcelino (2000) e o estudo do INBRAPE (2003). Salienta-se o baixo número de profissionais entre 50 e 54 anos e a ausência de trabalhadores acima de 54 anos, no campo da saúde da família, indicando alerta para os motivos que estão relacionados ao desgaste físico nas atividades de intervenções clínicas na área da odontologia, ao longo da vida profissional.

Nesse sentido, a pesquisa realizada em um município da grande Florianópolis - SC, com cirurgiões-dentistas, identificou como um grande sofrimento o desgaste físico, que é relatado como um problema inerente à profissão e associado indiretamente à grande quantidade de horas de trabalho diário (GOMES *et al.*, 2010).

No que tange ao estado civil, verificou-se 57,2% dos profissionais são solteiros, 35,7% são casados e 7,1% é divorciado com companheiro.

Metade dos trabalhadores possui nível superior completo, 42,9% tem nível médio e apenas um profissional (7,1%) apresenta ensino fundamental completo. Demonstra bom nível de escolaridade, no que tange a educação formal entre trabalhadores do campo da saúde bucal da família.

Vale ressaltar, segundo Alheit e Dausien (2006) que nos debates dos últimos 30 anos sobre política da formação, particularmente na última década, o conceito de aprendizagem ao longo da vida tomou uma dimensão estratégica e funcional. É a ele que se recorre para definir as missões de formação das sociedades pós-modernas. O mais importante documento europeu sobre a política de formação, o *Memorandum sobre a educação e a formação ao longo da vida*, ratificado em março de 2000 em Lisboa, pela Comissão Européia, define:

[...] a aprendizagem ao longo da vida (*life long learning*) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve se tornar o princípio diretor que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, em uma grande variedade dos contextos de aprendizagem (CEC, 2000, p. 3).

Os referidos autores complementam, afirmando que duas razões principais são evocadas para justificar essa afirmação: a Europa tornou-se uma sociedade fundamentada no conhecimento e na economia. Mais do que em tempos passados, o acesso às informações e aos conhecimentos mais recentes, assim como a motivação e os saberes necessários à utilização inteligente, pessoal e coletiva desses recursos tornaram-se a chave da competitividade europeia, além de serem igualmente benéficos à empregabilidade e à adaptabilidade da força de trabalho; e os europeus vivem, atualmente, em um mundo social e político complexo. Os indivíduos, muito mais do que antes, querem planejar suas vidas, esperam contribuir

ativamente para a sociedade e devem aprender a viver positivamente na sua diversidade cultural, étnica e linguística. "A educação, no seu sentido mais amplo, é a chave para aprender e compreender como superar esses desafios" (CEC, 2000, p. 5)

Quanto ao tempo de graduação, encontrou-se 85,8% dos cirurgiões-dentistas entre 6 e 20 anos de formado e apenas 14,2% dos profissionais tem entre 2 a 5 anos. Por sua vez, no estudo de Rodrigues (2000), verificou-se 50% da amostra de profissionais do serviço público do Rio Grande do Norte entre 11 e 20 anos de formados. No estudo de Maciel, Barcelos e Miotto (2006), obteve-se um percentual de 73,5% na faixa de 25 anos de formados.

Considerando que a estratégia de saúde bucal da família tem 4 (quatro) anos de ações efetivas nesse município, depreende-se que a experiência dos trabalhadores em relação a essa modalidade de atenção - a ESF é ainda incipiente.

Nesse sentido, segundo Nascimento (2000), o relacionamento interpessoal e a compreensão dos aspectos biopsicossócioespíritual intervêm e modificam o estado de equilíbrio da saúde física e mental do indivíduo e sua família, assim como o elo do enfermeiro com os auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e o próprio médico no trabalho em equipe é fundamental para o sucesso da intervenção desenvolvida junto à comunidade adscrita (NASCIMENTO, 2000).

Outro aspecto relevante refere-se a integração entre os membros da equipe permitindo que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada pela equipe (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

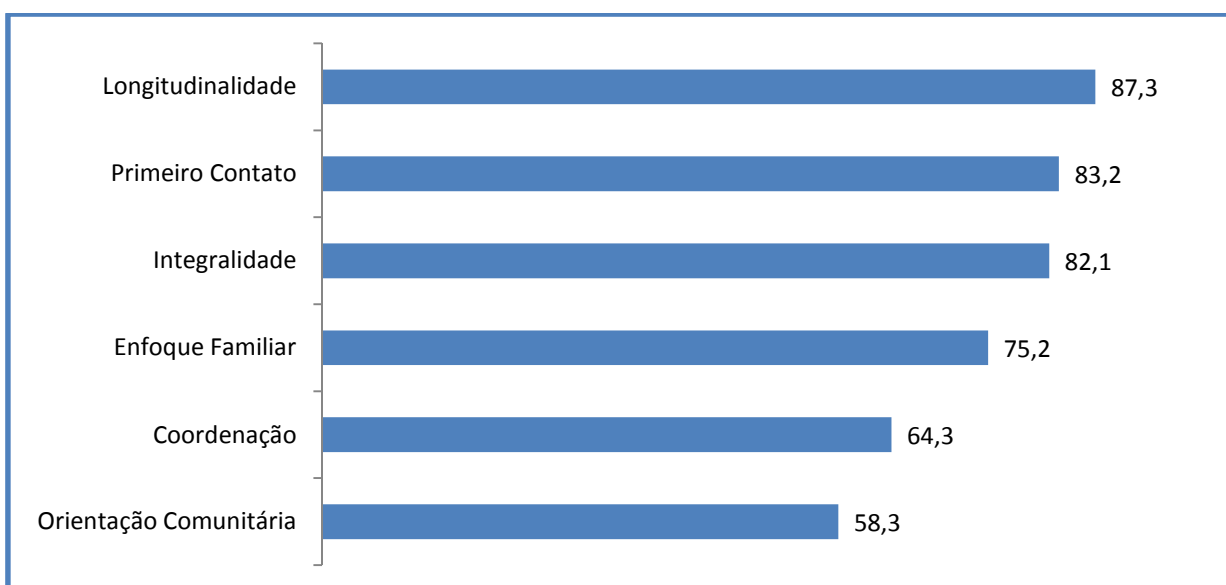
No que concerne ao item pós-graduação (*Lato e Stricto Sensu*), 100% dos cirurgiões-dentistas estão cursando ou concluíram o *Lato Sensu*, porém no campo da saúde coletiva apenas 14,3% possuem especialização nesta área e apenas 14,3% tem mestrado. Diferentemente do estudo de Maciel, Barcelos e Miotto(2006) onde a grande maioria (94,1%) dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família da Grande Vitória possui formação na área da saúde pública. De forma semelhante o município em estudo equipara-se, aos resultados de Rodrigues (2000), em que apenas 7,8% dos cirurgiões-dentistas do serviço público tinham capacitação na área de Saúde Pública e Odontologia Preventiva e Social.

Considera-se que a pós-graduação na área das práticas cotidianas do trabalho promove o aprofundamento dos conhecimentos desafiadores para a implementação de novas estratégias, os trabalhadores se mantêm atualizados em um mundo de constantes mudanças e, principalmente, amplia rede de contatos e adquire novas competências para enfrentar novos desafios, dentre eles, melhorar o acesso da população aos serviços de saúde bucal através da mudança dos processos de trabalho destacando-se os princípios da atenção primária à saúde que norteia todo o atendimento das redes de atenção à saúde.

Grupo B - Princípios da Atenção Primária em Saúde – APS

As informações obtidas pelo instrumento – *Matrizes de verificação dos Princípios da Atenção Primária em Saúde – APS*, ao serem avaliados em agrupamentos nos fornece um escore, validado pela Equipe de Saúde Bucal, conjuntamente com profissionais da Equipe de Saúde da Família. O referido escore foi atribuído aos processos cotidianos de trabalho e a atuação junto à comunidade, comparado a pontuação máxima permitida pelo instrumento, visualizados no Gráfico 1.

Gráfico 1. Uberlândia/MG: Média dos escores dos pontos atribuídos aos Princípios da APS pelas Equipes de Saúde Bucal e da Família, 2016.



Fonte: Pesquisa direta (2015).

Observou-se escores de avaliação assertivos atribuídos aos seis princípios da atenção primária em saúde, classificados acima de 58,3%. Salienta-se a avaliação acima de 75% para os princípios da *longitudinalidade*, *primeiro contato*, *integralidade* e *ênfoque familiar*, em desvantagem aos princípios referentes *acoordenação* (64,3%) e *orientação comunitária* (58,3%).

Contudo, percebeu-se alta variabilidade e discrepâncias na avaliação dessas pontuações, conforme a equipe e sua localização geográfica (Tabela 3). Assim, para o princípio do **ênfoque familiar** a equipe F (setor Leste) pontua em 13,3%, contra 100% para as equipes C; D; e E localizadas nos setores sanitários Norte; Sul; e Oeste, respectivamente.

Tabela 3 Avaliação da média percentual dos princípios da Atenção Primária, por equipe de saúde bucal e da família, 2016.

Princípio	EqA Setor Central	EqB Setor Sul	EqC Setor Norte	EqD Setor Sul	EqE Setor Oeste	EqF Setor Leste	EqG Setor Oeste
Primeiro Contato	77,8	69,8	95,2	87,3	85,7	76,2	90,5
Integralidade	62,7	90,2	90,2	84,3	88,2	74,5	84,3
Coordenação	39,6	62,5	72,9	68,8	77,1	52,1	77,1
Longitudinalidade	83,3	83,3	55,6	100	100	88,9	100
Enfoque Familiar	53,3	60,0	100	100	100	13,3	100
Orientação Comunitária	41,7	62,5	70,8	25,0	91,7	16,7	100

Fonte: Pesquisa direta (2015).

Chama a atenção que no princípio da **orientação comunitária** tem-se atribuição de baixos escores, sendo 16,7% advindo da Equipe F (Setor Sanitário Leste) e 25% advindo da Equipe D (Setor Sanitário Sul), 41,7% (Setor Sanitário Central), contra 100% da Equipe G (Setor Sanitário Oeste), e 91,7% da Equipe E (Setor Sanitário Oeste).

E finalmente, a avaliação negativa recai para o Princípio da **coordenação**, onde a avaliação de 39,6% é atribuído pela Equipe A (Setor Sanitário Central), contra 77,1% para as equipes E e G, do setor Oeste respectivamente.

A maior concentração de baixos escores de avaliação atribuída aos princípios da atenção primária em saúde concentra-se nas equipes A e F, localizadas nos setores sanitários, Central e Leste. Por sua vez, as equipes que apresentam melhores escores de avaliação da APS são as Equipes G e E, localizadas no setor

Oeste e Equipe C no Norte. Assim, o Setor Sanitário com pior avaliação da APS corresponde ao setor sanitário Leste, seguido pela Equipe A do *Setor Central* (Tabela 3)

Reitera-se que o setor sanitário Leste é considerado a região com maiores desigualdades socioeconômica e culturais demandando investimento prioritário dos recursos públicos, em cumprimento ao princípio da equidade.

A aplicação do princípio da *longitudinalidade* está associados a diversas vantagens, incluindo a menor utilização de serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor frequência de doenças preveníveis, maior satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo (WASSON *et al.*, 1984; BAKER, 1996; RODEWALD *et al.*, 1997).

Além disso, quando há estabilidade e baixa rotatividade dos profissionais em seus postos de trabalho e dos serviços se observa com maior frequência que os tratamentos instituídos são finalizados. Observou-se nesse estudo baixa rotatividade desses trabalhadores da equipe de saúde bucal da família.

Ademais, segundo Conass (2007), ainda referente a aplicação do princípio da longitudinalidade são realizadas mais ações de prevenção, há melhor utilização dos serviços de saúde pela população que compreende e respeita os alcances e os limites das equipes de saúde; e ocorre menor proporção de hospitalizações. Em analogia ao campo odontológico podemos depreender, também, em menores complicações dos agravos e doenças bucais; aumento da capacidade dos profissionais em avaliar adequadamente as necessidades das pessoas; integralidade do cuidado e coordenação das ações e serviços; bem como maior satisfação dos usuários.

Assim, com relação ao princípio supracitado, observou-se avaliação positiva das equipes em 87,3% (Gráfico 1). Salienta-se que 40% das equipes atribuiu a esse princípio escore de 100%, por sua vez a pior avaliação está na ordem de 56% (Tabela 3). Dois itens de verificação da aplicação deste princípio foram identificados como “razoavelmente bons, mas insuficiente” e que precisam melhorar, recaindo sobre: insuficiência de profissionais capacitados para acompanhar as condições de saúde bucal dos usuários portadores de patologias/condições crônicas; e de acesso a protocolos clínicos para a atenção aos usuários em todos os ciclos de vida.

Por seu turno, o *princípio do primeiro contato* é o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e que melhora a saúde da população (STARFIELD, 2002).

A vertente do Conass (2007) constata que o sistema de saúde brasileiro avançou desde a implantação da Saúde da Família, em 1997, o que refletiu na ampliação do acesso das populações aos serviços de saúde bucal da família.

Por sua vez, o município em estudo, no período de 2012 a 2016, disponibilizou maior número de ações de promoção, prevenção e tratamento, nessa modalidade de atenção em saúde da família, saindo de 1 equipe de saúde bucal da família para 28 equipes, em 4 (quatro) anos. Esse fato condiz com as informações encontradas onde a maioria dos itens avaliados para o princípio do primeiro contato se apresentam em ótimas condições, isto é, a porta de entrada para os serviços de saúde bucal no município estudado é disponível e de fácil acesso, segundo a perspectiva de seus profissionais.

O item mais crítico na avaliação do primeiro contato refere-se a base populacional, que conforme os parâmetros preconizados na Portaria 2.355/2013, a equipe é responsável por até 2.000 pessoas em cada ponto de atenção na ESF (BRASIL, 2013). Porém a cobertura base para uma equipe de saúde da família é 3.450 pessoas e ainda assim demonstra que esta cobertura populacional no município ainda não é satisfatória e a base populacional está muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde. Cotidianamente, se apresentam nas unidades de saúde e territórios das equipes de APS situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas. Sendo assim, deveria predominar a inclusão de estratégias que, geralmente, não são utilizados ou ocorre de forma embrionária, dentre eles: os instrumentos da gestão da clínica (dentre eles as linhas de cuidado e Projeto Terapêutico Singular – PTS); as visitas domiciliares; as ações junto a organizações comunitárias (escolas infantis, clubes de mães, grupos de apoio, dentre outras organizações e equipamentos sociais); e articulações intersetoriais, tendo em vista estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças essenciais para este princípio, uma vez que ele está associado a ações

que valorizam a prevenção, maior adesão aos tratamentos recomendados e maior satisfação das pessoas (SIMPSON; KOREMBROT; GREENE, 1997).

Assim, no que concerne ao princípio da integralidade, a percepção das equipes foi de 82,1% (Gráfico 1), sendo que, 74,79% avaliaram as ações preventivas coletivas, individuais e educativas com o funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente em relação as necessidades da comunidade.

Segundo Baldani *et al.* (2005), as equipes de saúde bucal ainda encontram dificuldades para a realização das práticas pertinentes às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência. No entanto, um dos pontos mais críticos dentro da Integralidade, encontrados no município em estudo foi a reabilitação com ênfase no uso da prótese dentária, a qual não é disponibilizada, isto é, este serviço é inexistente na rede de APS do município em estudo. Esta dificuldade em ofertar aos usuários do SUS próteses dentárias também foi constatada nas Equipes de Saúde Bucal do Estado de Pernambuco, que segundo Lorena Sobrinho *et al.* (2015), 56,3% das equipes de saúde bucal não realiza referência para profissionais protesistas e 39,57% dos profissionais não executam ações para a identificação de pessoas que necessitam das próteses.

O quarto princípio melhor avaliado foi o “enfoque familiar”, que tem como propósito avançar nos cuidados integrados ao indivíduo e sua família. Esta abordagem é aplicável em todas as atividades das equipes de saúde que estão comprometidos com a resolução de problemas de saúde nos diversos componentes da rede (CHILE, 2008). Chama a atenção os escores atribuídos pelos profissionais a este princípio, onde verifica-se que quatro das sete equipes pontua no escore máximo de 100% (Tabela 3). Segundo Elias *et al.* (2006) pode se tratar de um resultado esperado se levarmos em conta que este princípio é bastante enfatizado na Estratégia de Saúde da Família e que dificilmente seriam mal avaliados pelos profissionais que atuam nos referidos serviços.

Em adição, há uma forte convicção em não restringir a atenção clínica restauradora apenas a um indivíduo, mas estende-la a todos os membros da família, advindo de normatização da gestão do Setor de Saúde Bucal e construída junto a esses profissionais da equipe de saúde bucal. Em contraponto, uma das equipes

que avalia o princípio do enfoque familiar como sendo a pior avaliação (Tabela 3), está localizada no Setor Sanitário Leste, região considerada em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica do município, onde se deve concentrar os esforços públicos de todas as ordens.

Ainda, quanto aos itens relacionados ao enfoque familiar, 71,43% foram avaliados como ótimos e se deve a participação dos agentes comunitários de saúde, uma vez que estes estão atuando com maior frequência nas ações que envolvem este princípio, semelhante às perspectivas de Van Stralen *et al.* (2008).

O princípio da *Coordenação* é compreendido como essencial para o sucesso dos demais, onde as várias necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, e uma equipe multidisciplinar entre em ação para responder a essas necessidades. Todavia, é fundamental que haja coordenação das ações/respostas. Sem coordenação, a *longitudinalidade* perde muito de seu potencial, a *integralidade* não é viável e o *primeiro contato* torna-se uma função puramente administrativa (CONASS, 2007).

A coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e do ponto de vista dessas equipes. Este princípio obteve pontuação de 64,3% (Gráfico 1), isto é, necessita de enfoque estratégico de planejamento em saúde, que pode ser entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade (GIOVANELLA, 1990).

Verificou-se a inexistência de linhas de cuidado (fluxos de encaminhamento) referente a confecção de prótese odontológica. Além disso, observou-se um sistema de regulação para agendamento de atendimento especializado e exames de apoio diagnóstico ainda incipiente. Em acréscimo, um sistema de informação incapaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais no tempo adequado. Ausência de prontuário eletrônico que compartilhe as informações dos usuários em todos os níveis de atenção, disponibilizando informações sobre a situação de saúde bucal do município e do impacto de suas ações.

Por fim, as equipes não se vêem preparadas, conforme pode se observar na avaliação do princípio "Orientação Comunitária", (Gráfico 1 e Quadro 2),

direcionando baixa pontuação aos critérios que envolvem a avaliação da satisfação do usuário em relação à atenção oferecida, a participação do Conselho Local de Saúde no planejamento e o monitoramento das ações e parceria com lideranças e grupos comunitários.

Nestas circunstâncias postas, sobressai-se o fato de que a população cada vez mais mobilizada e informada dos seus direitos tem expectativas crescentes em relação aos serviços de saúde. Atualmente, o cidadão exige ser tratado com dignidade, informado sobre suas opções de tratamento e que lhes seja dada a oportunidade de decidir em relação à sua saúde. Ele também quer ser abordado e tratado de uma forma oportuna e com qualidade de serviço adequada e, acima de tudo, de ser dada uma resposta adequada às suas necessidades de saúde (CHILE, 2005).

CONCLUSÃO

O estudo corrobora com a forte feminização dos trabalhadores das equipes de saúde bucal da família, refletindo tendências do mundo da educação e do trabalho, onde as mulheres já ocupam mais da metade das vagas oferecidas na maioria dos cursos de graduação da área da saúde, como em sua forte inserção no mercado de trabalho contemporâneo. Eles têm entre 25 e 39 anos de idade, apresenta em sua maioria o estado civil de solteiros, com 11 a 20 anos de graduação, são especialistas, atuando em uma profissão insalubre, e como resultado, a saída precoce destes profissionais da assistência, uma vez que não encontramos nenhum trabalhador acima de 54 anos.

Nesse estudo, 50% da equipe de saúde bucal são cirurgiões-dentistas, porém chama atenção a ausência de valorização e de incentivo ao desenvolvimento da pós-graduação destes no campo da saúde coletiva, quando comparado a outros municípios no país.

A escolaridade de técnicos e auxiliares de saúde bucal, predominantemente de nível médio, é de 43%, fator positivo para a qualificação das ações de promoção e prevenção no campo da atenção em saúde da família.

A verificação da conformidade das equipes de saúde bucal da família na aplicação dos princípios da atenção primária em saúde registrou média de 78%, se mostrando motivadora e encorajadora, induzindo a persistência do desafio do fortalecimento e qualificação da APS. Os atributos da *logintudinalidade*, *primeiro contato*, *integralidade* e *ênfoque familiar* obtiveram os melhores desempenhos. Isso remete para o fortalecimento do vínculo do usuário com a equipe e/ou com o profissional, boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do usuário e a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência.

Em contrapartida, o baixo desempenho dos princípios da orientação comunitária e da coordenação da atenção básica, na rede de atenção desse município, merece atenção especial e investimentos: na implementação dos instrumentos da gestão da clínica, com ênfase no incremento das linhas de cuidado e implementação de Projetos Terapêuticos Singulares; educação permanente e incentivo a pós-graduação no campo da saúde coletiva; construção e fortalecimento das estratégias integradas a equipe de saúde da família, ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, bem como das abordagens de atenção domiciliar, familiar e estratégias de orientação comunitária, na busca persistente da retirada da equipe odontológica de seu isolamento ao consultório odontológico.

REFERÊNCIAS

- ALHEIT, P.; DAUSIEN, B. Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, SP, v. 32, n. 1, p.177-197, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022006000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2016.
- BAKER, R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patient satisfaction with consultations. **British Journal of General Practice**, Bethesda MD, USA, v. 46, n. 411, p. 601-605, Out. 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239785/>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, 2005, p. 1026-1035. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005>. Acesso em: 15 set. 2016.

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. C. C. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**, São Jose dos Campos, SP, v. 10, n. 3, p.: 53-60, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/viewFile/286/223>>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267**, de 06 de marco de 2001. Brasília, n. 119, mar. 2001. Secção 1, p.67. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasil: Ministério da Saúde, 2011. 92p.

_____. **Projeto SBBrasil 2010**: Relatório Final – Município de Uberlândia. Brasil.24p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Ministério da Saúde, 2012. 116p.

CEC.Commission of the European Communities.**A memorandum on lifelong learning**.Lissabon. 2000.

CHILE. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de lared de atención de salud dirigido a equipos de salud de lared de atención de salud. Subsecretaria de redes asistenciales division de gestion de laredasistencial. **Serie Cuadernos de Redes nº18**. 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Modelo de atención integral em salud. Subsecretaria de redes asistenciales division de gestion de laredasistencial. **Serie Cuadernos de Redes n. 1**. 2005. Disponível em: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção progestores – para entender a gestão do SUS**. Brasília, v. 8, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coleco_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNES net**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0>. Acesso em 15 Set. 2015.

ESP-MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor de atenção Primária à Saúde**: redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. 6ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2006, 320p.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, Jun. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2017.

GOMES, D.; GONÇALVES, A. S. R.; PEREIRA, L. da S. P.; TAVARES, R. dos S. T.; PIRES, D. E. P. de; RAMOS, F. R. S. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. **RFO**, Passo Fundo, RS, v. 15, n. 2, p. 104-110, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2010/v15n2/a1568.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 15 set. 2015.

IOMG. Imprensa Oficial do Governo de Minas Gerais. SES inicia projeto de reorganização da saúde bucal. **IOMG**, 26 Mai. 2010. Disponível em: <Acesso em: 15 set 2015.

LORENA SOBRINHO, J. E. L.; MARTELLI, P. J. L.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 104, p. 136-146, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2016.

MACIEL, C. F.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória – parte I. **UFES Revista Odontologia**, Vitória, ES, v. 8, n. 3, p.31-37, Set./Dez. 2006. Disponível em: <periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/634/440>. Acesso em: 16 set. 2015.

MARCELINO, G. **Avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgiões-dentistas do município de Araçatuba-SP frente aos avanços ocorridos na odontologia às vésperas do século XXI**. 2000. 196f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social e Preventiva) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, SP, 2000.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

MENDES. E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), 2009. 554p.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 1, p. e00206316, 2017.

NASCIMENTO, E. Programa saúde da família: vivenciando a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. spe, p. 171-173, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2017.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. PSF: experiência da equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

OLIVEIRA, M. O.; UCHÔA, H. W. **Cirurgião-dentista em foco: um perfil do profissional**. 1993. 107 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social e Preventiva) - Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, 1993

OPAS. OrganizaciónPanamericana de laSalud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas. **Documento de posición de la OrganizaciónPanamericana de laSalud**. Washington: OrganizaciónPanamericana de la Salud; 2007.

RODEWALD, L. E.; SZILAGYI, P. G.; HOLL, J.; SHONE, L. R.; ZWANZIGER, J.; RAUBERTAS, R. F. Health insurance for low income working families: effect on the provision of immunizations to preschool age children. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago IL, USA, v. 151, n. 8, p. 798-803, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9265881>>. Acesso em: 10 set. 2016

RODRIGUES, M. P. **O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde do Rio Grande do Norte**. 2001. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br>>. Acesso em: 18 set. 2016.

SANTOS, J. S. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. Redes de Atenção à Saúde. **Guia de Estudo Oficina 1- PRA-Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SES-MG, 2010. p.48-52.

SES-MG. Secretaria de Estado de Saúde. Implantação do Plano Diretor de atenção Primária à Saúde: **Redes de Atenção à Saúde**/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

_____. **Atenção em saúde bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

_____. Diretoria de Saúde Bucal. **Guia de Estudo Oficina 1- PRA-Saúde Bucal: As redes de atenção à saúde**. Jacqueline Silva Santos. Belo Horizonte, 2010. p.48-52.

_____. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde: redes de atenção à saúde**. Guia 1. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de

Saúde Bucal. **SB Minas Gerais:** pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais. Belo Horizonte: SES-MG, 2013.73 p.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. *In:* MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador.** Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p.10-16.

SILVA, P. R. A. **Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.** 2008. 176f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2008

SIMPSON, L.; KOREMBROT. C.; GREENE, J. Outcomes of enhanced prenatal services for Medicaid-eligible women in public and private settings., **Public Health Rep.**, v. 112, n. 2, p. 122-132, Mar. a Abr. 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381858/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.15 (Suplemento), p. 225- 264, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

WASSON, J. H.; SAUVIGNE, A. E.; MOGIELNICKI, R. P.; FREY, W. G.; SOX, C. H.; GAUDETTE, C.; ROCKWELL, A. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. **JAMA**, v. 252, n. 17, p. 2413-2417, Nov. 1984. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6481927>>. Acesso em: 10 set. 2016.

3.2. ARTIGO II: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA: INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES COMO COMPONENTE DA GESTÃO DA SAÚDE

Hebe Rosely Couto Teixeira³
Liliane Parreira Tannús Gontijo⁴

RESUMO

A Atenção Primária é responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde que afetam a população no ambiente em que acontece o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a resolubilidade da atenção primária deverá considerar as referências e contra referências necessárias, acompanhar o atendimento ao usuário em todos os pontos de atenção e manter a responsabilidade deste cuidado. Este estudo compõe uma pesquisa ampliada, desenvolvida pelas autoras em um município mineiro de médio porte, que teve como objeto a identificação do perfil sócioprofissional da equipe de saúde bucal da família, aliado a verificação da conformidade de seu processo de trabalho na aplicação dos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS). Trata-se de estudo de caso com vistas à identificação e análise da infraestrutura de 07 (sete) unidades de saúde bucal da família de um município mineiro de médio porte da Rede SUS municipal, no período de fevereiro a julho de 2016. O estudo possibilitou conhecer as conquistas e desafios da infraestrutura das ESBF em um município de médio porte e, concomitantemente, legitimou um importante instrumento de verificação da infraestrutura odontológica para atenção primária em saúde bucal da família.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde. Saúdebucal. Infraestrutura.

ABSTRACT

Primary Care is responsible for solving most of the health problems that has been affected population in the environment in which the health-disease process occurs. To this perspective, the resolution of primary care should be considered the references and against necessary references, follows the users cares in all attention points and maintain the responsibility of this cares. This study composes an expanded research developed by the authors from Minas Gerais medium municipality, whose aims was identify the socio-professional team profile of the family oral health, together with the verification of the conformity of their work process in this principles application of Primary Health Care (PHC). It is a study case with the

³ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia; mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenadora do Programa de Saúde Bucal no município de Uberlândia - Gestão 2017- 2020. E-mail: heberoselyteixeira@gmail.com.

⁴ Docente Faculdade de Odontologia (FOUFU). Coordenadora Área de Concentração Saúde Coletiva Residência Multiprofissional em Saúde/Faculdade de Medicina (FAMED). Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestre e doutora em Saúde Pública EERP/USP. Av. Pará 1720, Umuarama. 38400-902. Uberlândia MG. Email: lilianetannus1@gmail.com

purpose is identify and analyze the infrastructure of seven (7) oral health units of the SUS municipal network family of a Minas Gerais medium municipality, from February to July, 2016. The study knows the achievements and challenges of the ESBF infrastructure in a medium municipality and concurrently, legitimized an important tool for verification of the dental infrastructure for primary care in the oral health of the family.

Keywords: Primary health care. Oral health. Infrastructure.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país (ESCOREL *et al.*, 2007).

Existe uma discussão constante acerca da reestruturação dos serviços de saúde baseada nos princípios do SUS, emergindo como centro de transformação nesse contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por sua vez, a equipe de saúde bucal, embora inserida somente em 2001 nesse universo da ESF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

A Atenção Primária é responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde que afetam a população, principalmente pela possibilidade de atuação no ambiente em que acontece o processo saúde-doença (MINAS GERAIS, 2006).

É a principal porta de entrada dos usuários, assim como o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde devem ser realizados na Atenção Básica, é necessário que se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Para organização desta porta de entrada, isto é, garantir o primeiro acesso do indivíduo e sua família à atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido adotada, no país, como política prioritária nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como propósito priorizar a implementação de

intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos, e transformar as bases do modelo assistencial, definido como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas (danos e riscos), que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2006)

Embora responsável pela maior expansão da rede de serviços públicos de saúde registrada até a atualidade no Brasil, cobrindo mais de 50% da população, a almejada reversão do modelo assistencial está longe de se completar, coexistindo no país um modelo assistencial convencional, ainda fortemente hegemônico, e o modelo de vigilância à saúde (TEIXEIRA, 2004).

Utilizou-se nesse estudo, as expressões Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB), como sinônimas. O título do estudo opta pela expressão “Atenção Primária”, considerando se tratar de termo originário e internacional.

Em 2004, o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” foi elaborado pelo Ministério da Saúde, para reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, centrada na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2006a).

Para Gomes *et al.* (2011), os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS), adotados por Starfield (2002), e se referem a seis princípios: o primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; a coordenação; a orientação familiar; e o enfoque comunitário e os mesmos se constituem em valiosos indicadores para o processo de avaliação da qualidade dos serviços ofertados na Atenção Básica (AB).

Portanto, se as equipes de saúde bucal da família não estão aplicando, total ou parcialmente, estes princípios, por diversos fatores, que vão da insuficiência e/ou não apropriação de conhecimentos (conceitual e/ou operacional dos profissionais da equipe odontológica) ou, ainda, por ausência ou insuficiência de condições (orçamentárias e/ou de infraestrutura para a atenção odontológica) e/ou da modelagem do modelo de atenção e gestão adotadas poderá interferir no desempenho da AB. Por conseguinte, o comportamento da ESBF está diretamente condicionado ao cumprimento dos atributos da APS, tendo que ser levado em

consideração para a organização do processo de trabalho neste âmbito da atenção à saúde.

O presente estudo aborda as questões referentes à infraestrutura que contempla totalidade dos processos do atendimento em saúde bucal, e isso tem sido um desafio para os gestores na expansão e desenvolvimento da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Por outro lado, segundo Paim *et al.* (2011), mesmo ampliando o acesso e a estruturação dos serviços de Atenção Básica, existem outros desafios a serem enfrentados pela gestão para efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde no nosso País.

O processo de monitoramento e avaliação do desempenho é fundamental no processo de trabalho. Segundo Contandriopoulos *et al.* (2002), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

O conceito de infraestrutura segundo Ferreira (2001, s.p.) seria a “estrutura básica de uma organização ou de um sistema ou conjunto de instalações, equipamentos e serviços, geralmente públicos”. Assim, quando se propõe analisar a infraestrutura das unidades de saúde, e nesse momento das equipes de saúde bucal da família, levou-se em consideração um conjunto de fatores que se faz necessário para a *performance* de boas práticas da atenção primária no campo da odontologia, pré-estabelecidas pelas diretrizes oficiais, tencionando a qualificação e fortalecimento das ações ofertadas à população.

A garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das ESBF, e a manutenção regular dos insumos necessários para o seu funcionamento, são obrigações comuns às três esferas de governo, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012b).

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Procurando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), com o claro objetivo de incentivar os gestores e as

equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

Por sua vez, a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ), tem por objetivo a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no SUS (BRASIL, 2012b), além do objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (CAVALCANTE, 2014).

Autoavaliação no âmbito do PMAQ/AB é percebida como o ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços, pois entende-se que processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar outras estratégias da fase de desenvolvimento do PMAQ/AB (BRASIL, 2012b).

Em 2002, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso das atribuições que lhe são conferidas, aprovou o regulamento técnico, a RDC-50 considerando a necessidade de atualizar as normas existentes na área de infraestrutura física em saúde (BRASIL, 2002). Este Regulamento Técnico é destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo: (a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país; (b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes; (c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

Este estudo compõe uma pesquisa ampliada, desenvolvida pelas autoras em um município mineiro de médio porte, que teve como objeto a identificação do perfil sócioprofissional da equipe de saúde bucal da família, aliado a verificação da conformidade de seu processo de trabalho na aplicação dos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS). E por sua vez, a presente averiguação complementa essa perspectiva no sentido de identificar e dialogar seus achados com os aspectos

da infraestrutura (espaço físico, equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos).

Assim, o estudo se debruça em compreender e conhecer a supracitada infraestrutura, no contexto das equipes de atenção primária em saúde bucal da família, conforme parametrização em diretrizes oficiais da RDC-50 (BRASIL, 2002) e PMAQ-AB (BRASIL, 2012b), tendo em vista a avaliação e o planejamento da gestão da atenção em saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, em âmbito municipal e oferecer, para gestão da saúde bucal, potente instrumento adaptado para esta finalidade.

Os processos de trabalho na APS se aproximam positivamente do preconizado para as equipes de saúde bucal da família, registrando média de 78%. Os seus resultados mais relevantes demonstram que os atributos da *longitudinalidade*, *primeiro contato*, *integralidade* e *ênfase familiar* tiveram os melhores desempenhos, remetendo ao fortalecimento do vínculo do usuário com a equipe e/ou com o profissional. Por outro lado, o baixo desempenho dos princípios da APS recaiu sobre a “orientação comunitária” e a “coordenação da atenção básica”, merecendo atenção especial e investimentos no incremento das linhas de cuidado; implementação da educação permanente; incentivo a qualificação no campo da saúde da família; construção e fortalecimento de estratégias integradas a equipe de saúde da família, com ênfase na abordagem e atenção domiciliar; e estratégias de atuação comunitária, em detrimento ao isolamento ao consultório odontológico da equipe de saúde bucal da família.

Com base no exposto, o presente estudo visou identificar as condições da infraestrutura da atenção primária das equipes de saúde bucal da família, tendo em vista a gestão da atenção em saúde bucal, com ênfase nos componentes da avaliação e planejamento, em município de médio porte.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo de caso com vistas à identificação e análise da infraestrutura de 07 (sete) unidades de saúde bucal da família de um município

mineiro de médio porte da Rede SUS municipal, no período de fevereiro a julho de 2016.

Parte da verificação de seus sujeitos, os trabalhadores da saúde bucal da família, apoiados pelos pesquisadores, com base na RDC/Anvisa n.º 50/02 (BRASIL, 2006a) e na Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - AMAQ (BRASIL, 2012b).

Bruyne, Herman e Schoutheete (1977) afirmam que o estudo de caso justifica sua importância por reunir informações numerosas e detalhadas que possibilitem apreender a totalidade de uma situação. A riqueza das informações detalhadas auxilia o pesquisador num maior conhecimento e numa possível resolução de problemas relacionados ao assunto estudado.

Segundo Ludkee André (1986), o caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio e singular. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo.

O município e a população em estudo

O município em estudo possui população estimada pelo IBGE (2010) de 619.536 habitantes. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2015), possui 74 equipes de Saúde da Família, sendo 28 Equipes com inserção da saúde bucal, perfazendo 311 trabalhadores desse campo específico.

Para a escolha do tamanho da amostra de profissionais, no universo de 311 trabalhadores da saúde bucal, utilizou-se precisão amostral de 10% e um nível de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo, de acordo com a metodologia sugerida por Fonseca e Martins (2006) foi de 70 trabalhadores de saúde da família, sendo 14 profissionais da saúde bucal, que correspondem a 25% do total de profissionais das equipes de saúde bucal da família desse município.

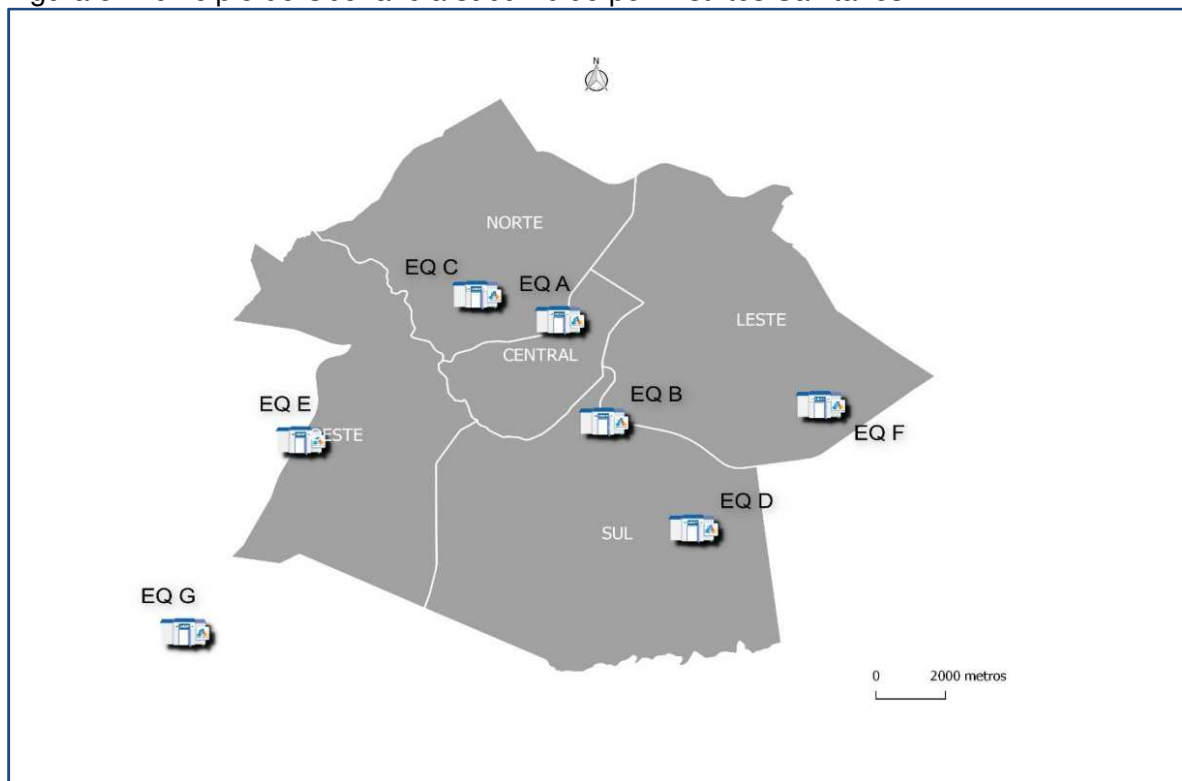
Três critérios foram considerados para seleção das equipes participantes da amostra: (1º) Equipes de Saúde da Família com inclusão da estratégia de Saúde Bucal; (2º) Maior tempo de inserção das Equipes de Saúde Bucal da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, segundo o setor

sanitário do município; e (3º) Unidades de Saúde da Família localizadas em um dos cinco setores urbanos do município.

Desta forma, a partir desses critérios definiu-se sete unidades de saúde da família, onde o desempate recaiu sobre o quesito “inserção” com mais tempo de inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes de Saúde Bucal, nas unidades de Saúde da Família. Foram selecionadas uma equipe por setor e para completar a amostra foram selecionadas mais duas equipes nos setores que possuía maior número de equipes de saúde bucal.

Posto os critérios utilizados para seleção da amostra, participaram do estudo 14 trabalhadores, atuando em sete equipes de saúde bucal da família, as quais se encontram localizadas em cinco setores do município, denominados setores norte, sul, leste, oeste e central, conforme Figura 5.

Figura 5: Município de Uberlândia subdividido por Distritos Sanitários.



Fonte: COSTA (2017).

Instrumentos do estudo

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos:

Instrumento 1 – Aplicação dos itens de verificação, correspondentes a 132 elementos da conformidade dos recursos materiais, equipamentos e tecnológicos, isto é, da infraestrutura da atenção odontológica presente nas Unidades de Saúde Bucal da família, baseado nas diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Anvisa n.º 50/02 (BRASIL, 2006a) e na Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - AMAQ (BRASIL, 2012b), conforme Anexo 2.

Em reuniões estabelecidas para aplicação do instrumento 1, após identificação e discussão sobre os itens de verificação, a equipe de saúde bucal respondeu a partir, de três critérios pré-estabelecidos:

- A = “atende” conforme parâmetro da RDC/Anvisa n.º 50/02 e PMAQ-AB;
- AP = “atende parcialmente”;
- NA = “não atende”.

Para cada item de verificação fez-se análise estatística, utilizando-se a soma, media e mediana e análise percentual, da quantidade de apontamentos para os critérios estabelecidos acima.

Instrumento 2 - Realização das fotografias da infraestrutura e do espaço de atenção odontológica nas unidades de saúde bucal da família para complementar as informações e ilustrar os resultados encontrados.

Conforme a RDC/Anvisa n.º 50/02 (BRASIL, 2006a), o Consultório odontológico é o espaço destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos odontológicos (BRASIL, 2008). Este, quando individual, deve possuir área mínima de 9m². Para consultórios coletivos, a área mínima depende do número e da quantidade de equipamentos utilizados, devendo possuir uma distância mínima livre de 0,8 m na cabeceira e de 1 m nas laterais de cada cadeira odontológica. Entre duas cadeiras, a distância mínima deve ser de 2 m, para permitir a circulação dos profissionais e minimizar a contaminação por aerossóis. Ainda dentro do consultório odontológico foram avaliados os itens que são necessários para atendimento, sendo eles: amalgamador, equipo odontológico, mochos, autoclave, unidade auxiliar, refletor, aparelho fotopolimerizador, seladora e aparelho profilaxia de jato de bicarbonato.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006b), os consultórios odontológicos devem ainda possuir os seguintes ambientes de apoio:

- *Sala de espera para pacientes e acompanhantes* com área mínima de 1,2 m² por pessoa.
- *Depósito de material de limpeza (DML)* com área mínima de 2m² e dimensão mínima de 1 m, equipado com tanque.
- *Sanitário(s) para pacientes e público* com área mínima de 1,6m² e dimensão mínima de 1m².
- *Central de material esterilizado (CME) simplificada* com dois ambientes contíguos, a saber:
 - Central de esterilização 1- Ambiente sujo-sala de lavagem e descontaminação de materiais com bancada, pia e guichê para a área limpa (sala de esterilização de material), com área mínima de 4,8 m². É necessário o uso dos seguintes EPIs: avental plástico, máscara, gorro, calçados fechados, óculos e luvas grossas de borracha (não cirúrgicas).
 - Central de esterilização 2 - Ambiente limpo- sala de preparo/esterilização/estocagem de material, com bancada para equipamentos de esterilização, armários para guarda de material e guichê para distribuição de material, com área mínima de 4,8m².
- *Escovário*: área destinada à realização de procedimentos relacionados à prevenção de doenças bucais. Espaço dimensionado para receber instalação de lavatórios com espelhos. O local deverá estar de preferência em espaço próximo à sala de atendimento odontológico (BRASIL, 2008).
- *Áreas para compressor e bomba*: espaço destinado a abrigar compressor, filtro de óleo e bomba a vácuo para o funcionamento do equipamento odontológico. A distância máxima do compressor ao consultório de odontologia é de 7 metros, não podendo ficar instalado em nível diferente ao do consultório. O local de instalação destes equipamentos deve estar situado do lado de fora da UBSF e deve garantir a segurança do equipamento e a proteção contra intempéries. Prever ventilação suficiente para perfeito funcionamento e refrigeração do equipamento, espaço

adequado para manutenção preventiva e corretiva, e tratamento acústico visando diminuir a emissão de ruídos (BRASIL, 2008).

O instrumento de avaliação PMAQ-AB está organizado em quatro módulos: I - observação da estrutura da UBS; II - entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS; III - entrevista com o usuário na UBS; e IV - módulo online informado pelo gestor municipal e pela EAB de forma complementar aos demais módulos (BRASIL, 2012a).

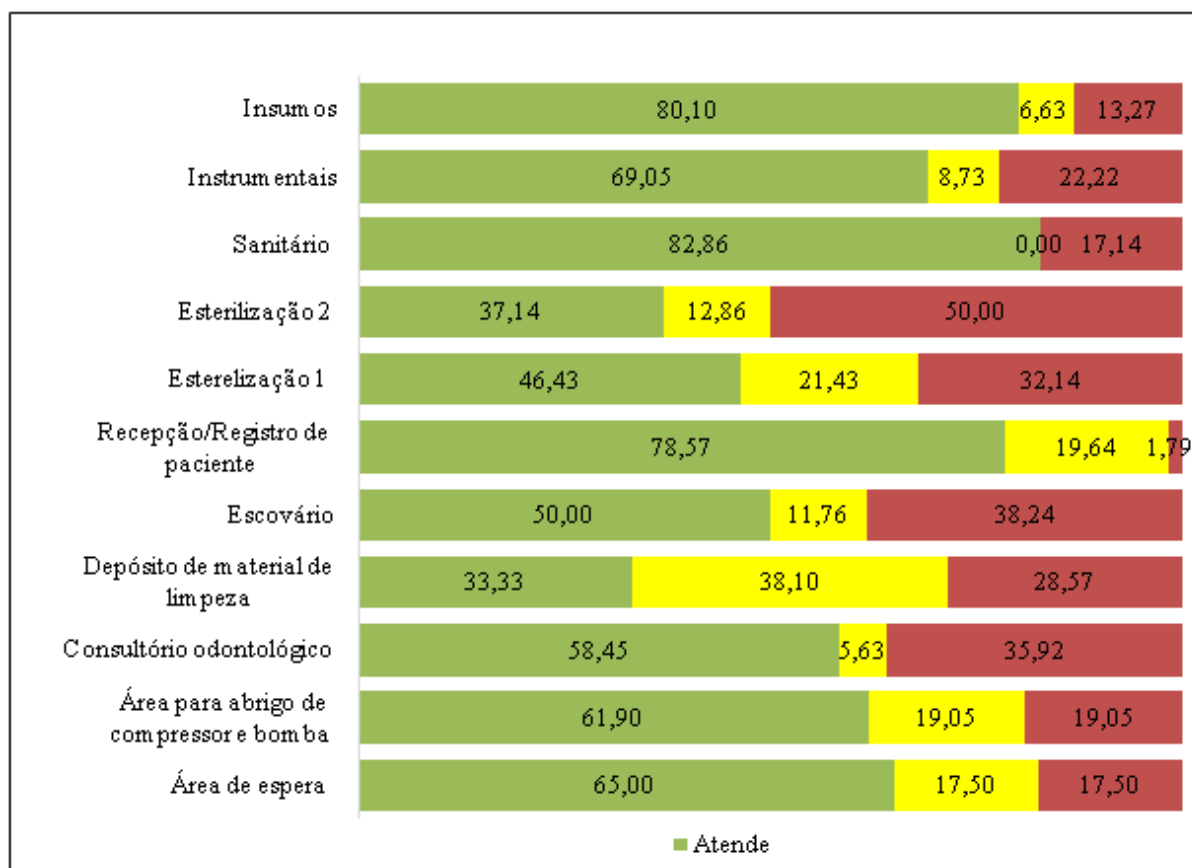
OPMAQ-AB avalia a estrutura, os processos de trabalho e a satisfação dos usuários. No componente “estrutura”, avaliam-se as condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), infraestrutura, acessibilidade, ambiência, condições de trabalho, disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos, dentre outros itens, com foco nas linhas de cuidado priorizadas pela PNAB (BRASIL, 2012a). Em suas etapas inclui-se a avaliação periódica da estrutura das UBS, incentivando a promoção de mudanças das práticas de gestão e participação no cotidiano dos serviços de saúde e na APS (BRASIL, 2011).

Nesse estudo, as diretrizes do PMAQ-AB foram complementares a RDC 50, permitindo um instrumento de verificação e coleta de informações de infraestrutura mais completo, objetivo e alinhado com novas diretrizes do Ministério da Saúde e potente para o planejamento da gestão municipal (BRASIL, 2006b).

RESULTADOS

Os resultados são apresentados a partir dos critérios atribuídos pelas equipes de saúde bucal da família, agrupados na gradação do “Não atende”; ao “Atende parcialmente” e “Atende”, sob a perspectiva da identificação da conformidade da infraestrutura da atenção odontológica (espaço físico, equipamentos, instrumentais e insumos), com base nas diretrizes da RDC/Anvisa n.º 50/02 e PMAQ-AB (Gráfico 2).

Gráfico 2 Uberlândia/MG: Avaliação percentual dos itens infraestrutura.



Fonte: Pesquisa direta (2015).

Dentre os 11 (onze) itens avaliados no estudo verificou-se uma extensa variabilidade, isto é, entre 33,33% a 82,86% no atendimento aos requisitos estabelecidos para o alcance das conformidades de infraestrutura pelas unidades de saúde bucal da família (Tabela 4 e Gráfico 1). Em ordem decrescente de melhores resultados ou conformidades, entre 78,57% a 82,86%, têm-se os itens *sanitário*; *insumos*; e *recepção/registro do paciente*. Entre 58,45% a 69,05 % encontram-se os *instrumentais*; *áreas de espera* e *abrigo para compressor e bomba*; e *consultório odontológico*. Por sua vez, igual ou abaixo de 50% estão os itens referentes ao *escovário*, *esterilização 1 e 2* e *depósito de material de limpeza*.

Tabela 4Uberlândia/MG: Infraestrutura das Unidades de Saúde Bucal da Família, segundo conformidade com base nas diretrizes da RDC/Anvisa n.º 50/02 e AMAQ-AB, 2016.

Itens Infraestrutura	Conformidade (%)
1. Sanitário	82.86%
2. Insumos	80.10%
3. Recepção/Registro do paciente	78.57%
4. Instrumentais	69.05%
5. Área de espera	65.00%
6. Área de abrigo para compressor e bomba	61.90%
7. Consultório Odontológico	58.45%
8. Escovário	50.00%
9. Esterilização 1	46.43%
10. Esterilização 2	37.14%
11. Depósito de Material de Limpeza	33.33%

Fonte: Pesquisa direta (2015).

Dentre as maiores conformidades, na avaliação dos itens de verificação, observou-se as áreas de apoio ao atendimento odontológico (*sanitários, recepção/registro de pacientes e as áreas de espera e de abrigo para compressor e bomba*), as quais são consideradas importantes ao bem estar do profissional e dos usuários da unidade de saúde. Por sua vez, a oferta de *insumos, instrumentais e consultório odontológico* estão relacionados diretamente com as estruturas condicionantes da atenção clínica de qualidade. Assim, atende-se de forma assertiva, que a avaliação se mostrou favorável para sete relevantes itens, que receberam avaliação acima de 58%, sendo que as mesmas se relacionam, simultaneamente, com boas condições e qualidade do trabalho ofertado, e, por conseguinte, de melhores práticas para atenção odontológica.

Em contraponto, as avaliações que obtiveram os escores mais baixos, isto é, de não atendimento aos parâmetros revelam-se, em ordem decrescente, sobre a *esterilização 1 e 2* com (82%), seguida do *escovário* (38,24%), consultório odontológico (35,9%) e o *deposito de material de limpeza* (28,57%), indicando necessidade de reforços de infraestrutura.

Apurou-se que 85,71% das unidades de saúde da família não possuem a “sala central de esterilização” apropriada, segundo os parâmetros utilizados. À vista disso, a esterilização é realizada dentro da área destinada ao(s) consultório(s) odontológico(s). Contudo, há que se reconhecer avanços, no período de 2009 a

2016, em que houve a transição de estufas para autoclaves.

O *escovário*, por sua vez, não atende aos parâmetros em 38,24%, sendo que encontrou-se apenas uma unidade tendo o espaço físico adequado, incluindo o lavatório com 3 (três) ou 4 (quatro) torneiras para a realização de atividades coletivas de escovação dental. As outras unidades possuem apenas um lavatório para realização desta atividade, inserida na área do consultório odontológico. Em duas unidades não estavam presentes, tanto o escovário como o lavatório, no espaço físico do consultório destinado a higienização bucal coletiva.

O *consultório odontológico* não atende em 35,92%, pois não oferece todos os equipamentos odontológicos necessários, dentre os 14 itens definidos na Tabela 6. Por sua vez, o espaço físico destinado ao referido consultório está aquém das dimensões preconizadas pelos padrões recomendados pela RDC50/Anvisa n.º 50/02, ou seja, de 9m²(Figura 6).

Tabela 5. Uberlândia/MG: Disponibilidade dos equipamentos presentes no Consultório Odontológico no município em estudo, no período de fevereiro a agosto de 2016.

Equipamentos		Atende	Atende Parcialmente	Não Atende
1.	Amalgamador A	100,0%		
2.	Cuspideira	100,0%		
3.	Equipo odontológico	100,0%		
4.	Mochos	85,7%	14,3%	-
5.	Autoclave	85,7%	14,28%	
6.	Cadeira Odontológica	85,7%	14,3%	-
7.	Sugador	85,7%	14,3%	-
8.	Unidade auxiliar	85,7%	-	14,3%
9.	Autoclave	85,7%	14,3%	-
10.	Compressor com válvula de segurança	71,4%	28,6%	-
11.	Refletor	71,4%	28,6%	-
12.	Aparelho Fotopolimerizador	71,4%	28,6%	-
13.	Seladora	71,4%	28,6%	-
14.	Aparelho de profilaxia jato de bicarbonato	14,3%	-	85,7%

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Figura 6. Uberlândia/MG: Consultórios odontológicos o município foco do estudo.



Fonte: Pesquisa direta (2015)

Em um estudo realizado por Cavalcante (2014) com equipes de saúde bucal maranhense para que os equipamentos odontológicos operem em condições mínimas de adequação, as equipes de saúde bucal necessitam dos seguintes equipamentos: cadeira odontológica, mocho, unidade auxiliar, equipo com pontas, compressor, refletor, autoclave, fotopolimerizador e amalgamador. Apesar da maioria das equipes de Atenção Básica (AB) no Maranhão ser do tipo ESF, apenas 11,18% do total de equipes tinham todos os nove equipamentos em boas condições de funcionamento.

Neste município verificou-se que os equipamentos: amalgamador; cuspeira; e equipo odontológico estão 100% presentes e atendem as suas finalidades nas ESBF. Por sua vez, em média 14,3% das autoclaves, cadeira odontológica, mochos e sugadores atendem de forma parcial.

Em relação aos *instrumentais* 69,05% das respostas das equipes afirmam que “atende”, enquanto 8,73% indicam “atende parcialmente” e 22,22% “não atende” em quantidades suficientes, incidindo sobre a existência de um número limitado de instrumentais, inviabilizando assim a possibilidade de expansão do agendamento para as primeiras consultas programáticas e demandas espontâneas e programadas dos cidadãos desse território e, por vezes, inviabilizando a atenção odontológica na sua integralidade preconizada pelo SUS.

No município mineiro do presente estudo, apenas 42,85% das unidades de saúde foram reformadas, recentemente, e possuem infraestrutura adequada baseada na RDC50/Anvisa n.º 50/02, as demais unidades não passaram por reforma, e a infraestrutura das mesmas encontra-se muito aquém do preconizado, dificultando o desenvolvimento das ações odontológicas adequadamente.

Dessa maneira, pressupõe-se que apesar das unidades de saúde do município em estudo terem edificações próprias, em sua maioria, foram construídas anteriormente a RDC-50/Anvisa n.º 50/02 e, por sua vez, a implementação das diretrizes do manual referência de estrutura física das unidades básicas de saúde da família data de 2008 (BRASIL, 2008). Desta forma, o suporte físico das unidades em estudo não obedece a normativa do Ministério da Saúde e segue um padrão hegemônico das unidades de saúde da família de outros municípios, os quais não possuem estruturas físicas adequadas, conforme descrito pelos autores Silva (2008), Rocha e Araújo (2009), Souza (2011) e Macedo (2013), quando se leva em deferência a PNAB.

Rocha e Araújo (2009) em estudo desenvolvido no município de Natal (RN) observou-se que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas avaliou como “razoável” o ambiente físico das unidades de saúde (UBS) em que atuavam, com destaque para as categorias, *estrutura física inadequada e falta de manutenção dos equipamentos*. Ao avaliar a estrutura das UBS do município do Cabo de Santo Agostinho (PE), Macedo (2013) as pontuou como de baixa qualidade, onde apenas 67,56% das unidades dispunham de consultórios odontológicos. No estudo sobre as Equipes de Saúde Bucal do Recife (PE), Silva (2008) classificou as unidades como “regular” no que se referia aos equipamentos e insumos odontológicos disponíveis para o funcionamento.

Do mesmo modo, pesquisa desenvolvida por Souza (2011) nas UBS do

município de Três Rios (RJ) concluiu que nenhuma delas atendia às normatizações do Ministério da Saúde quanto à estrutura física. Nascimento, Santos e Carnut (2011), ao realizar revisão sistemática de literatura, a fim de identificar os problemas das ESF, consideraram a estrutura das unidades como um obstáculo para a efetivação da PNAB. Do mesmo modo, pesquisa desenvolvida por Souza (2011) nas UBS do município de Três Rios (RJ) concluiu que nenhuma delas atendiam às normatizações do Ministério da Saúde quanto à estrutura física. Fato este que se deve ao inadequado planejamento para a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF), inclusive de saúde bucal.

Já em outro estudo realizado com enfermeiros que atuavam em Unidades Básicas de Saúde - UBS convencionais do município de Cuiabá, Mato Grosso, com relação a infraestrutura da unidade concluiu-se associação entre condições de infraestrutura e as práticas dos enfermeiros das equipes de saúde. Assim, verificou-se que a deficiência na estrutura física dificulta a realização de ações com a necessária resolubilidade e impede o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados. Evidenciou-se a necessidade de adequação da estrutura física e de melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos importantes para uma assistência de qualidade à saúde da população (PEDROSA *et al.*, 2011).

Quanto aos *insumos odontológicos* no município em estudo, 80,1% atendem as necessidades das Equipes, porém a falta de insumos odontológicos em eventuais meses do ano, dependentes do planejamento anual de compras de insumos pela gestão municipal, limitam a realização de alguns procedimentos clínicos. Esses resultados foram similares aos encontrados por Lorena Sobrinho *et al.* (2015), onde a falta ou escassez de insumos odontológicos foi evidente nas equipes, limitando a realização de alguns procedimentos clínicos.

Chama atenção a inadequação do aparelho de profilaxia com jatos de bicarbonato com 85,7% de não atendimento as conformidades. Das sete ESBF apenas uma equipe relatou a existência do mesmo, apontando a necessidade de solução em curto prazo, seguidos da necessidade de aquisição do aparelho fotopolimerizador, do compressor com válvula de segurança, do refletor e da seladora.

Rocha e Araújo (2009) avaliaram que a maioria das unidades de saúde com consultórios odontológicos, apresentou disponibilidade dos equipamentos

necessários, para a realização das ações e serviços de saúde bucal, com exceção do item autoclave exclusiva para odontologia, o qual não fora identificado em 65% das unidades, diferente da realidade encontrada no município deste estudo, em que todas as unidades possuem este equipamento, porém não é de uso exclusivo odontológico.

Em estudo de Silva (2008), sobre as ESB do Recife (PE) categorizou-se como “regular” os equipamentos e insumos odontológicos disponíveis para o funcionamento.

Com relação ao item *compressor de ar com válvula de segurança*, este deve estar localizado do lado de fora da edificação, a distância máxima de sete metros do consultório de odontologia, não podendo ficar instalado em nível diferente ao do consultório e garantir a segurança do equipamento e a proteção contra intempéries. O ponto de captação de ar deve prever ventilação suficiente para perfeito funcionamento e refrigeração do equipamento, espaço adequado para manutenção preventiva e corretiva, e tratamento acústico visando diminuir a emissão de ruídos (BRASIL, 2008).

Ao avaliar a *Área para Compressor e Bomba* das unidades de saúde do município em estudo observou-se que os mesmos, estão localizados na área externa das equipes, a uma distância razoável. Porém 28,57% das equipes estão a uma distância maior que sete metros e em apenas uma equipe está em nível diferente. Os quesitos mais críticos com relação ao compressor referem-se ao tratamento acústico, onde 57% das equipes disseram que o local não atende e 14% relataram que atende parcialmente.

No tocante a *manutenção preventiva e corretiva*, 42,8% das equipes informaram que “atende”; 28,5% que “atende parcialmente”; e 28,5% que “não atende”, verificou-se que esta manutenção era realizada de forma eventual e apenas corretiva. Assim, embora a estrutura dos serviços de saúde não seja a única condição que impacte na saúde das populações (BRASIL 2004), este é considerado item suporte e essencial para a adequação dos processos de trabalho. No município deste estudo, verificou-se que a afirmação de possuir 100% dos equipamentos preconizados, não corresponde ao fato de 100% dos equipamentos estarem em condições ótimas de uso para suas finalidades e em quantidades suficientes.

Ao correlacionar os resultados da infraestrutura da ESBF, do presente estudo, com os encontrados na Pesquisa Ampliada sobre o processo de trabalho na APS, desenvolvida pelas mesmas autoras, versando sobre a *Análise da Atenção Primária em Saúde Bucal da Família*, nesse município, ressaltam-se os seguintes pontos:

- Nos últimos cinco anos, houve um incremento de 75% de unidades com equipes de saúde bucal da família, onde a cobertura galgou de 3,8% para 16,7% no período de 2012 a 2016, corroborando com as informações verificadas de melhores resultados, acima de 82%, para os atributos do *primeiro contato, longitudinalidade e integralidade*. Assim, implicou na ampliação da acessibilidade e o uso do serviço que requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde bucal e seu uso consistente ao longo do tempo. Por outro lado, resultou positivamente, também, na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
- Conforme supracitado, a cobertura de saúde bucal da família sobressaiu-se, em contrapartida o estudo verificou a necessidade de reposição de equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos, pois em decorrência disso houve limitação do acesso da população do território adstrito a atenção das ESBF. Assim, os problemas de infraestrutura apontados, referentes ao compressor, aparelho fotopolimerizador, refletor, seladora, instrumentais e insumos são considerados interferências negativas e limitadoras da quantidade de pessoas usuárias atendidas, bem como entraves para a finalização do atendimento planejado, este último relacionado, principalmente, a inadequação do aparelho fotopolimerizador.

Além do exposto acima, constatou-se que o indicador de “Primeira consulta odontológica programática⁵”, do município em estudo, publicizado no DATASUS nos

⁵ Primeira consulta odontológica: é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde. Seu registro deve ser anual, ou seja, a primeira consulta realizada no ano pelo usuário no SUS (Fonte:

anos de 2012 a 2016, demonstra declínio na realização das primeiras consultas odontológicas programáticas na ordem de 65.819 para 22.934 realizadas, corroborando com a queda sistemática de 65% neste procedimento.

Dessa maneira, verificou-se, associação entre melhores condições de infraestrutura e de três atributos importantes da atenção primária, primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, relacionados a ampliação do acesso e aproximação da ESBF com a comunidade usuária, a partir das diretrizes do modelo de atenção saúde da família. E em contrapartida, observou-se correlação da inadequação de insumos da infraestrutura com o declínio das primeiras consultas odontológicas programadas.

CONCLUSÃO

Em síntese, obteve-se avaliação favorável da infraestrutura das unidades avaliadas município de Uberlândia, acima de 50%, onde as maiores conformidades correspondem às estruturas das áreas de apoio ao atendimento odontológico, bem como as condicionantes da atenção clínica de qualidade. E se relacionam, simultaneamente, com as condições e biossegurança do trabalho e de melhores práticas para atenção odontológica.

Em contraposto, as áreas destinadas a esterilização e o escovário, essa última diretamente relacionada com a qualificação das ações de promoção a saúde e prevenção de doenças e agravos bucais, revelam-se com maior inadequação de infraestrutura. Por sua vez, constatou-se a não conformidade dos jatos de bicarbonato, seguidos do aparelho fotopolimerizador de resina composta, do compressor com válvula de segurança, do refletor e da seladora, apontam para necessidade de solução em curto prazo, delineando-se em problemas de equipamentos odontológicos fundamentais para efetivar boas práticas no campo da saúde bucal da família.

O estudo possibilitou conhecer objetiva e especificamente as conquistas e desafios da infraestrutura das ESBF de um município de médio porte e,

concomitantemente, legitimou um importante instrumento de verificação da infraestrutura odontológica para atenção primária em saúde bucal da família.

O referido instrumento mostrou-se potente para os objetivos propostos, pelo seu caráter de coexistente de objetividade na identificação de problemas e abrangência de informações sobre o objeto do estudo.

Enfim, este estudo disponibiliza aos gerentes de serviços e programas de saúde bucal um instrumento robusto de análise de infraestrutura em odontologia. O referido instrumento foi utilizado, no início da gestão municipal 2017, em versão simplificada, tendo como objetivo nortear o planejamento de estimativa rápida de ações nesse campo específico das necessidades de infraestrutura, a ser preenchido pelas ESBF do município de Uberlândia.

A garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das ESBF, assim como a manutenção regular dos insumos necessários para o seu funcionamento, são obrigações comuns a todas as esferas de governo, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012b).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. Â. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento síntese para avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica(PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2012a. 55p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 156 p. Série A. Normas e

Manuais Técnicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/manual_odonto.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília, DF, janeiro de 2004. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>. Acesso em: 08 out. 2016.

_____. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p: il. Color. Série a. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_estrutura_ubs>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. DATASUS. Ministério da Saúde. CNESnet. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.** Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica.** Rio de Janeiro, RJ: F. Alves, 1977. 251 p.

CAVALCANTE, V. C. R. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB):** Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão, 2014. 106f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 2014. 106 p. Disponível em: <http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/UFMA_2014_Vania%20Cristina%20Reis%20Cavalcante.pdf>. Acesso em: set. 2016.

CONTANDRIOUPOULOS, A. P. *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas.** HARTZ, Z. A. M. (Org.). Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamerica de Salud Publica,** Washington, DC, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

FAVARO, T. C. P. **O controle social no Sistema Único de Saúde: a experiência de Goiânia – em duas gestões (1988 a 1992 e 1993 a 1996).** 2009. 175f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Goiânia, GO, 2009.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio século XXI escolar.** 4. ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 790 p.

FINKLER, J da S. **A compreensão dos odontólogos da atenção básica sobre os enunciados da tabela de produtividade diária dos procedimentos odontológicos.** Dissertação (Pós-graduação em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3188/2/Jaqueline%20da%20Silva%20Finkler.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística.** 6 ed. São Paulo, SP: Ed. Atlas, 2006. 320p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 15 set. 2015.

MACEDO, C. L. S. V. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2013. Disponível em: <www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013macedo-clsv.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde bucal.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **Journal of Management and Primary Health Care**, Recife, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2011. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/rt/captureCite/95/0/CbeCitationPlugin>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador, BA: EDUFBA, 2006. 158 p. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PEDROSA, I. de C. F. **A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá - MT e sua relação com as práticas do enfermeiro.** Cuiabá, MT: Faculdade de Enfermagem - UFMT, 2011. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/>>

search?q=cache:oqkL7UxbzP0J:www.saude.mt.gov.br/arquivo/2532+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 481-517, abr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2016.

SILVA, P. R. A. **Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes**. 2008. 175f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3966>>. Acesso em: mai. 2017.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. 2011. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 841-843, Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo fortalece a feminização do campo da saúde bucal da família, refletindo tanto o aumento da ocupação do gênero feminino em praticamente todos os cursos de graduação da área da saúde, como em sua inserção no mercado de trabalho contemporâneo. Elas apresentam em sua maioria o estado civil de solteiras, acima de 11 e menos de 20 anos de formadas, são especialistas, têm entre 25 e 39 anos de idade, demarcando também a ausência do profissional acima de 50 anos, nesse campo da assistência em saúde bucal, apontando para uma profissão insalubre e a retirada precoce do profissional da assistência. Nesse estudo, metade da equipe de saúde bucal são cirurgiões-dentistas e, por conseguinte, possui nível de escolaridade superior e 43% ocupam a função de técnicos e auxiliares de saúde bucal, predominando o nível médio, fator este positivo para o fortalecimento e qualificação das ações de promoção e prevenção, quanto da reabilitação clínica. Chama atenção a não valorização e incentivo a pós-graduação no campo da saúde coletiva, quando comparado a outros municípios.

As áreas para esterilização e para fortalecimentos das ações de promoção e prevenção, como o escovário revelam-se com maior inadequação de infraestrutura. A inadequação dos jatos de bicarbonato chama a atenção para uma solução em curto prazo, seguidos do aparelho fotopolimerizador, o compressor com válvula de segurança, o refletor e a seladora, delineando-se questões de infraestrutura e equipamentos odontológicos fundamentais para atenção da gestão dos serviços no impacto das boas práticas no campo da saúde bucal da família.

A verificação da conformidade das equipes de saúde bucal da família de Uberlândia na aplicação dos princípios da atenção primária em saúde é motivadora e encorajadora com média de 78%. Os atributos da longitudinalidade, primeiro contato e integralidade obtiveram os melhores desempenhos. Isso remete para desde o fortalecimento do vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional, boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência. Em contrapartida, o baixo desempenho da orientação comunitária e da coordenação da atenção básica na rede de atenção desse município merece

atenção especial da gestão da atenção como da gestão de pessoas, apontando para a necessidade do incremento da integração das linhas de cuidado, como da implementação da educação permanente, na retirada da equipe odontológica de seu isolamento ao consultório odontológico.

Duas ações possibilitam a melhoria de cobertura em saúde bucal. Uma delas é aumentar o número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família através da contratação de recursos humanos, a outra é a organização dos processos de trabalho das equipes. A primeira está diretamente relacionada a recursos financeiros, sendo uma barreira significativa para os gestores. A segunda requer o compromisso dos profissionais envolvidos.

Mediante os dados apresentados neste estudo, sugerimos algumas recomendações na construção da assistência de saúde bucal mais resolutiva no município, onde aos gestores dos serviços de saúde e os trabalhadores em saúde bucal necessitam de melhorar alguns atributos da prática assistencial, através de organização da estrutura e processos, pois são pilares importantes na atenção primária em saúde bucal de qualidade. Uma das recomendações seria num curto prazo é necessário que se faça um diagnóstico em todo o município das condições dos equipamentos, insumos, instrumentais e infraestrutura do consultório odontológico de todas as unidades. Outra seria fazer a substituição dos equipamentos antigos e obsoletos por novos; melhorar o sistema de referência e contra-referência; implantar o serviço de prótese total no município; realizar avaliações dos profissionais da saúde bucal; promover capacitações mais adequadas voltadas às práticas da Estratégia Saúde da Família, melhorando e adequando o perfil profissional à proposta do município; consolidar a integração da ESB e ESF através de mudanças no processo de trabalho; adequar as ESB para as atividades clínico-curativas, assim como fortalecer as ações de promoção e educação em saúde.

Entendendo que a proposta metodológica da AMQ-SF é uma referência atual e cada vez mais adotado pelos municípios, ainda há de se caminhar bastante até que a oferta de ações e serviços de saúde bucal no município se configure como uma atenção odontológica de excelência.

5. REFERÊNCIAS

- BAKER, R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients satisfaction with consultations. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 46, n. 411, p. 601-605, Out. 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239785/>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
- BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc. Odontol. Brasileira**, v. 10, n. 3, p. 53-60, jul./set.; 2007. Disponível em: <. Acesso em: 13 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento: pactos pela vida, e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. **Resolução n.º 196/96 versão 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.
- _____. **Portaria n.º 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, dez 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- _____. **Portaria n.º 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, mar. 2001a. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-95-de-26-de-janeiro-de-2001/>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- _____. **Portaria n.º 267**, de 06 de março de 2001. Regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2001b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- _____. **Portaria n.º 673**, de 3 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e das outras providências. Brasília, jun 2003. Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>.
Acesso em: 13 set. 2016.

_____. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília, DF, janeiro de 2004. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>. Acesso em: 08 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3 ed. Rev. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Portal da saúde: DATASUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-eaplicativos/epidemiologicos/siab>. Acesso em: 10 mai. 2016.

_____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 144p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos.** Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 156 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_odonto.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_estrutura_ubs>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 13 set. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto-avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Portaria nº 2.355**, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto Equipes de Saúde da Família. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Out/11/portaria-no-2-355-de-10-de-outubro-de-2013-altera>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CHILE. Ministerio de Salud. **Modelo de atención integral em salud.** Subsecretaria de redes asistenciales division de gestion de La redasistencial. Serie Cuadernos de Redes nº1. 2005. Disponível em: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. **Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de lared de atención de salud dirigido a equipos de salud de lared de atención de salud.** Subsecretaria de redes asistencialesdivision de gestion de laredasistencial Serie Cuadernos de Redes nº18. 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**, v. 8. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.s7-s16, 2008. Disponível em: Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2015.

DATASUS. Ministério da Saúde. **CNESnet**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0>. Acesso em: 15 set. 2015.

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

ELIAS, P. E.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA JÚNIOR, A.E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cien. SaudeColetiva**, v. 11, n. 3, p. 633-941, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acessado em 10 set. 2016. Acesso em: 10 set. 2016.

ESPMG. **Plano diretor de atenção primária à saúde: redes de atenção à saúde.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.2091-2102, 2008.

_____. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, p.339-357, 2009.

FIGUEIREDO, A. M. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná.** 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2011.

FONSECA, J.S.; MARTINS, G.A. **Curso de estatística.** 6ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2006, 320p.

HARTZ, Z. M. A.; SANTOS, E. M.; MATIDA, A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar

a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 325-40.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

_____. **Censo 2010**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>.
Acesso em: set. 2015.

IOMG. **Imprensa Oficial do Governo de Minas Gerais**. 26 de Maio de 2010 04:20. [acesso em set 2015]. Disponível em: <Acesso em: set. 2015.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez 2003. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2016.

LORENA SOBRINHO, J. E. L.; MARTELLI, P. J. L.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, Mar. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2017.

MACEDO, C. L. S. V. **Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2013. Disponível em:
<www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013macedo-clsv.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

MACIEL, C. F.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória – parte I. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v.8, n.3, p.31-37, set./dez. 2006. Disponível em:
<periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/634/440>. Acesso em: set. 2015.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.447-448, June 2004. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

_____. **Atenção primária à saúde**. Mimeo, 2002.

MILLMAN, M. **Acess to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

_____. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde**. Guia 1. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

_____. Diretoria de Saúde Bucal. **Guia de Estudo Oficina 1- PRA-Saúde Bucal: As redes de atenção à saúde**. Jacqueline Silva Santos. Belo Horizonte, 2010. p.48-52.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre – RS, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 5, 2013, p. 364-371. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/08.pdf. Acesso em: 16 set. 2016.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

OMS. Organización Mundial de La salud. **Declaración de Alma-Ata**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270. Acesso em: 15 set. 2015

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; MARTELLI, P. J. L.; SOUZA, W. V.; ACIOLI, R. M. L. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s146-s157, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2015.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 481-517, abr. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200010&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000200010>. Acesso em: 16 set. 2016.

RODEWALD, L. E.; SZILAGYI, P. G.; HOLL, J.; SHONE, L. R.; ZWANZIGER, J.; RAUBERTAS, R. F. Health insurance for low income working families: effect on the provision of immunizations to preschool age children. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v. 151, n. 8, p. 798-803, 1997. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9265881>. Acesso em: 10 set. 2016

SANTINI, S. M. L.; JEDLICZKA, J. R. S.; NUNES, E. F. P. A.; BORTOLETTO, M. S. S. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. **Anais... III CONGRESSO CONSADDE GESTÃO PÚBLICA**, Brasília, 2010. Disponível em: <Acesso em: 18 set. 2015.

SILVA, P. R. A. **Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes**. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2008

SANTOS, J. S. As redes de atenção à saúde. **Guia de Estudo Oficina 1- PRA-Saúde Bucal**. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Saúde Bucal Jacqueline Silva. Belo Horizonte, 2010. p.48-52.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3**. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16

_____. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador**. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p.10-16.

SIMBORG, D. W.; STARFIELD, B. H.; HORN, S. D.; YOURTEE, S. A. Information factors affecting problem follow-up in ambulatory care. **MedCare**, v. 14, n. 10, p. 848-56, Out. 1976. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1085849>. Acesso em: 10 set. 2016.

SIMPSON, L.; KOREMBROT, C.; GREENE, J. Outcomes of enhanced prenatal services for Medicaid-eligible women in public and private settings. **Public Health Rep.**, v. 112, n. 2, p. 122-132, Mar. a Abr. 1997. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381858/>. Acesso em: 10 set. 2016.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. 2011. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2011.

STARFIELD, B.; SIMBORG, D.; JOHNS, C.; HORN, S. Coordination of care and its relations hip to continuity and medical records. **Med Care**, v. 15, n. 11, p. 929-938, Nov. 1977. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/926875>. Acesso em: 10 set. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acessado em: 10 set. 2016.

VAN STRALEN, C. J.; BELISÁRIO, S.A.; VAN STRALEN, T. B.; LIMA, A. M. D.; MASSOTE A. W.; OLIVEIRA C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

VIACAVA F, C. A. R. *et al*. Uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciências em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIERHOUT, W. P.; KNOTTNERUS, J. A.; VAN OOIJ, A.; CREBOLDER, H. F.; POP, P.; WESSELINGH-MEGENS, A. M.; BEUSMANS, G. H. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopedics surgeons for locomotor-

systems disorders. *Lancet*, v. 346, n. 8981, p. 990-994, Out. 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7475592>>. Acesso em: 10 set. 2016.

WASSON, J. H.; SAUVIGNE, A. E.; MOGIELNICKI, R. P.; FREY, W. G.; SOX, C. H.; GAUDETTE, C.; ROCKWELL, A. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. **JAMA**, v. 252, n. 17, p. 2413-2417, Nov. 1984. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6481927>>. Acesso em: 10 set. 2016.

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1: Matrizes de verificação dos seis princípios que devem nortear a APS.

	Planilha 1: Princípio Primeiro Contato	Pontuação
1	Existe cobertura satisfatória de pontos de atenção primária em saúde bucal no setor sanitário.	
2	Os pontos de atenção primária em Saúde Bucal têm base populacional conforme os parâmetros preconizados (Portaria 2.355/2013)	
3	Os pontos de atenção primária estão localizadas nas UBS/UAPS juntamente com as equipes médica/enfermagem	
4	Existe uma área de abrangência definida para a atuação dos pontos de atenção em saúde bucal	
5	Existe uma definição clara das necessidades de saúde bucal da população da área de abrangência	
6	É realizado cadastro de todas as famílias da área de abrangência	
7	É realizada classificação de risco social familiar das famílias da área de abrangência	
8	Os profissionais de saúde bucal dos pontos de atenção primária assumem a co-responsabilização pela atenção dos usuários de sua área de abrangência	
9	Os pontos de atenção primária são a porta de entrada dos usuários para a rede de atenção em saúde bucal	
10	A localização dos pontos de atenção primária em saúde bucal permite fácil acesso para os usuários residentes no território de abrangência	
11	Os pontos de atenção primária em saúde bucal atendem em horário adequado às necessidades dos usuários	
12	Existe satisfação e adesão dos usuários da área de abrangência em relação à atenção em saúde bucal	
13	Existe vínculo entre os profissionais de saúde bucal dos pontos de atenção primária e usuários e suas famílias	
14	Nos pontos de atenção primária existem critérios padronizados de captação precoce de usuários em grupos de risco para atenção programada	
15	Nos pontos de atenção primária os ACS e as equipes médica/enfermagem encaminham usuários à equipe de saúde bucal segundo critérios de priorização estabelecidos	
16	Nos pontos de atenção primária existe garantia de atendimento a usuários com sinais/sintomas de urgência/emergência odontológica	
17	Quando a unidade está fechada existe uma referência para atendimento de urgência/emergência em odontologia	
18	Nos pontos de atenção primária é realizado o acolhimento e existe uma classificação de risco para organização da demanda espontânea em saúde bucal baseada em priorização por necessidade	
19	Nos pontos de atenção primária existe um processo de avaliação de risco e priorização do atendimento individual programado	
20	Nos pontos de atenção primária existe atendimento domiciliar para usuários acamados ou com dificuldade de locomoção	
21	Existe oferta adequada de manutenção técnica, medicamentos, material de consumo, equipamentos e instrumental odontológicos que garanta a continuidade das ações sem interrupção	
	Planilha 2: Princípio Integralidade	Pontuação
1	Ações de vigilância em saúde bucal	
2	Consulta de urgência/emergência odontológica	
3	Primeira Consulta Odontológica Programática com anamnese, diagnóstico de doenças e condições bucais, detecção de impactos na qualidade de vida e fatores de risco, exame clínico e planejamento da atenção	
4	Consultas para continuidade do tratamento	
5	Consultas de retorno/manutenção	
	Planilha 2: Princípio Integralidade	Pontuação
6	Ações educativas coletivas sobre fatores de risco e medidas preventivas em saúde bucal	

7	Ações de auto-cuidado apoiado	
8	Ações educativas coletivas	
9	Ações preventivas coletivas: escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor	
	Planilha 2: Princípio Integralidade	Pontuação
10	Ações individuais: Fluoterapia, Aplicação de selante, Capeamento pulpar, Restaurações diretas, Pulpotomia, RAP supragengival, RAP subgengival, Moldagem e adaptação de prótese removível, Exodontia, Aplicação de carióstático, Evidenciação de placa bacteriana, Selamento provisório, Suturas, Remoção de sutura, Acesso à polpa com medicação, Drenagem de abscesso, Frencetomia, Glossorrafia, Tratamento de hemorragia, Tratamento de alveolite, Ulotomia, Ulectomia, Controle de atividade de cárie, Controle de atividade de doença periodontal	
11	Entrega de escova/dentífrico fluoretado	
12	Orientação e encaminhamento de usuários com necessidade de atenção especializada	
13	Encaminhamento de usuários para realização de exames de apoio diagnóstico	
14	Encaminhamento de moldagens para confecção de próteses	
15	Ações intersetoriais com outros setores que impactam a saúde bucal	
16	Protocolos clínicos baseados em evidências disponíveis para as ações/procedimentos realizados	
17	Equipe utilizando os protocolos clínicos	
	Planilha 3: Princípio Coordenação	Pontuação
1	Nos pontos de atenção primária existe prontuário para registro das informações do atendimento prestado pela equipe multiprofissional ao usuário	
2	Os profissionais de saúde bucal preenchem o prontuário adequadamente em todas as consultas	
3	O prontuário é arquivado de forma adequada para garantir segurança e sigilo das informações nele contida	
4	Existe um mecanismo de acesso e compartilhamento de informações dos usuários em todos os níveis de atenção	
5	As equipes de saúde bucal contam com um sistema de informação adequado às necessidades da equipe de saúde, capaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais no tempo adequado	
6	Os profissionais de saúde bucal registram adequadamente os procedimentos realizados para alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (E-SUS)	
7	Os profissionais de saúde bucal recebem informações sobre a situação de saúde bucal do município e do impacto de suas ações	
8	As equipes de saúde dispõem de mecanismos para realizarem uma programação local adequada de acordo com a necessidade dos usuários	
9	A SMS dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde bucal, mediante metas pactuadas resultantes da programação local	
10	As equipes realizam o monitoramento das metas pactuadas na programação local	
11	As equipes de saúde bucal acessam um sistema de regulação para agendamento de atendimento especializado e exames de apoio diagnóstico	
12	Existem fluxos e critérios de referência para especialidades	
13	Existem fluxos e critérios de referência para exames de apoio diagnóstico	
14	Existem fluxos de encaminhamento de moldes para laboratórios de prótese odontológica	
15	Interconsulta é realizada	
16	Os profissionais de saúde bucal têm o retorno das informações referentes à consulta especializada para viabilizar continuidade do cuidado pela atenção primária (contra-referência)	
	Planilha 4: Princípio Longitudinalidade	Pontuação
1	Os pontos de atenção primária em saúde bucal contam com protocolos clínicos para a atenção aos usuários em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos	
2	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal estão capacitados para atender os usuários em todos os ciclos de vida	
3	Os pontos de atenção primária em saúde bucal contam com protocolos para a atenção aos usuários portadores de patologias/condições crônicas (ex: gestantes, diabéticos,	

	usuários com necessidades especiais)		
4	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal estão capacitados para acompanhar as condições de saúde bucal dos usuários portadores de patologias/condições crônicas		
	Planilha 4: Princípio Longitudinalidade	Pontuação	
5	Os protocolos de atenção são utilizados rotineiramente pelos profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal		
6	Existe abordagem multiprofissional do usuário		
	Planilha 5: Princípio Enfoque Familiar	Pontuação	
1	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal acessam o cadastro de todas as famílias residentes no território		
2	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal acessam a classificação de risco para as famílias residentes no território de sua responsabilidade		
3	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal monitoram as famílias de acordo com o grau de risco familiar, priorizando as de maior risco		
4	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal utilizam os instrumentos de abordagem familiar		
5	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal realizam visitas domiciliares de acordo com a necessidade das famílias residentes no território		
	Planilha 6: Princípio Orientação Comunitária	Pontuação	
1	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal identificam de forma sistematizada e periódica as necessidades de saúde da comunidade		
2	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal avaliam periodicamente a satisfação do usuário em relação à atenção oferecida		
3	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal consideram a cultura local no desenvolver da atenção		
4	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal monitoram os riscos do ambiente relativos à saúde bucal		
5	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal participam das reuniões do conselho local de saúde		
6	O conselho local de saúde participa do planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas pela atenção primária em Saúde bucal		
7	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal utilizam os recursos da comunidade para o desenvolvimento da atenção em saúde bucal (parceria com lideranças e grupos comunitários, participação em eventos locais)		
8	Os profissionais dos pontos de atenção primária em saúde bucal realizam ações de promoção/prevenção em creches, escolas e outros ambientes da comunidade		
PLANILHA 7: Consolidado			
PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	% ALCANÇADO
Primeiro Contato	63		
Integralidade	51		
Coordenação	48		
Longitudinalidade	18		
Enfoque Familiar	15		
Orientação Comunitária	21		
TOTAL	219		

6.2. Anexo 2: Questionário para diagnóstico da estrutura física, dos recursos materiais e tecnológicos da equipe de saúde bucal da ESF

Descrição	Parâmetro			
Área de espera	Área mínima de 1,2 m2 por pessoa	A	AP	NA
Bebedouro	1			
Cesto de lixo	1			
Longarina	20 assentos por UBFS			
Quadro mural	1			
Suporte para TV e vídeo	1			
Televisor	1			
Área para abrigo de compressor e bomba	1 por UBFS	A	AP	NA
Compressor com válvula de segurança	1			
Espaço para manutenção preventiva e corretiva	Acesso adequado			
Nível de instalação	Mesmo nível do consultório			
Situado do lado de fora da UBSF	Mínimo 7 m de distancia do consultório			
Tratamento acústico	Suficiente			
Ventilação e refrigeração do equipamento	Suficiente			
Consultório odontológico		A	AP	NA
Amalgamador	1			
Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato	1			
Aparelho de RX odontológico	1			
Aparelho Fotopolimerizador	1			
Ar-condicionado	1			
Avental de chumbo	1 adulto e 1 infantil			
Cadeira Odontológica	1			
Caixa de revelação (câmara escura)	1			
Caneta alta rotação	1			
Caneta de baixa rotação	1			
Cuspideira	1			
Equipo odontológico	1			
Jato de bicarbonato	1			
Macro modelo da arcada dentária e macro escova dental	1			
Mochos	2			
Negatoscópio	1			
Refletor	1			
Sugador	1			
Ultrassom odontológico	1			
Consultório odontológico		A	AP	NA
Unidade auxiliar	1			
Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?				

Quantas cadeiras odontológicas com estofamento adequado?				
Quantas cadeiras odontológicas realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada?				
Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?				
Depósito de material de limpeza/área de serviço	Área mínima de 2 m2 e dimensão mínima de 1 m	A	AP	NA
Armário	1			
Bancada	1			
Tanque de louça ou aço	1			
Escovário	1 por UBS (recomendado, porém não obrigatório) Preferencialmente em espaço próximo à sala de atendimento odontológico	A	AP	NA
Espelho				
Lavatório c/ 3 ou 4 torneiras				
Lixeira com tampa e pedal				
Porta-dispensador de sabão líquido				
Porta-papel toalha				
Recepção/Registro de paciente	1 por UBFS (anexa ou não a sala de espera)	A	AP	NA
Arquivo de aço para pastas suspensas	Quantidade suficiente			
Cadeiras	2			
Cesto de lixo	1			
Computador	1			
Estante ou armário	1			
Impressora	1			
Mesa para computador e impressora	1			
Mesa tipo escritório com gavetas	1			
Central de material de esterilização	1 por UBFS	A	AP	NA
Sala de recepção, lavagem e descontaminação	Área mínima de 4,8 m2	A	AP	NA
Bancada com bojo	1			
Bancada com pia e pia de despejo	1			
Ducha para lavagem	1			
Lixeira com tampa e pedal	1			

Continua

Continuação

Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	Área mínima de 4,8 m2	A	AP	NA
Armários sobre e/ou sob bancada	1			
Autoclave	1			
Bancada com pia	1			
Bancada sem bojo (esterilização)	1			
Bancos de altura compatível com manipulação de materiais sobre bancada	1			
Exaustor	1			
Guichê de distribuição de material	1			
Lavatório	1			
Seladora	1			
Torneira com fechamento que dispense uso das mãos	1			
Sanitário	Área mínima de 1,6 m2 e dimensão mínima de 1 m2. 1 para deficientes Para usuários (1 masc e 1 fem)	A	AP	NA
Bacia sanitária	1			
Lavatório	1			
Lixeira com tampa e pedal	1			
Porta-dispensador de sabão líquido	1			
Porta-papel toalha	1			

A = Atende

AP = Atende Parcialmente

NA = Não Atende

Base: RDC/Anvisa n.º 50/02, PMAQ/2013, Manual de Infraestrutura da APS/2008.

Instrumentais	A	AP	NA
Alavancas			
Alveolótomo			
Aplicadores De Hidróxido de Cálcio			
Bandejas de aço			
Brunidores para restauração de amálgama			
Cabos para bisturi			
Caixa com tampa em aço inox			
Cânula para aspiração endodôntica			
Condensadores para restaurações de amálgama			
Curetas cirúrgicas			
Curetas periodontais			
Escavadores de dentina			
Escavadores para pulpotomia			
Esculpidores			
Espátula de inserção de resina			

Continua na p. 98.

Continuação...

Instrumentais	A	AP	NA
Espátula para gesso e alginato			
Espelho clínico			
Extirpa-nervos			
Fórceps (adulto)			
Fórceps (infantil)			
Gral de borracha			
Limas endodônticas			
Limas ósseas			
Moldeiras			
Pedra de afiar curetas periodontais			
Pinça clínica			
Placa de vidro			
Porta - matriz			
Porta agulha			
Porta amálgama			
Seringa carpule			
Sindesmótomo			
Sonda exploradora			
Sonda milimetrada			
Sugador cirúrgico			
Tesouras cirúrgicas			
Os instrumentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?			
Quantas equipes compartilham os instrumentais odontológicos.			
Insumos	A	AP	NA
Ácido e sistema adesivo			
Agulha para anestesia (curta e longa)			
Amálgama (cápsula)			
Amálgama (preparo manual)			
Anestésico tópico			
Anestésicos com vasoconstritor			
Anestésicos sem vasoconstritor			
Brocas diversas			
Caixa de descarte para material perfurocortantes			
Cimentos diversos			
Cunhas			
EPI-luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas.			
Filme radiográfico periapical			
Fios de sutura odontológica			
Fixador e revelador para radiografia			
Flúor gel			
Gaze			
Lâmina de bisturi			

Continua p. 99

Continuação...

Insumos	A	AP	NA
Lixas de acabamento			
Material restaurador temporário			
Matriz			
Medicações intracanal para polpa viva e polpa necrosada			
Microbrush			
Papel articular (papel carbono)			
Resinas fotopolimerizáveis			
Rolo de algodão			
Selantes			
Seringas descartáveis para irrigação			

A = Atende

AP = Atende Parcialmente

NA = Não Atende

Base: RDC/Anvisa n.º 50/02, PMAQ/2013, Manual de Infraestrutura da APS/2008.

Descrição		A	AP	NA
Área de espera	6			
Área para abrigo de compressor e bomba	6			
Consultório odontológico	20			
Depósito de material de limpeza/área de serviço	3			
Escovário	5			
Recepção/Registro de paciente	8			
Central de material de esterilização				
Sala de recepção, lavagem e descontaminação	4			
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	10			
Sanitário	5			
Instrumentais	38			
Insumos	28			
Consultório odontológico			Sim	Não
Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?				
Quantas cadeiras odontológicas com estofamento adequado?				
Quantas cadeiras odontológicas realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada?				
Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?				

6.3. Anexo 3: Questionário do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos profissionais da equipe de saúde bucal da ESF

1. PERFIL DOS PROFISSIONAIS

1.1. Categoria Profissional:

(1) Cirurgião-Dentista (2) Técnico em Saúde Bucal (3) Auxiliar em Saúde Bucal

1.2. Sexo:

(4) ☐ Masculino

(5) ☐ Feminino

1.3. Idade (anos):

(6) ☐ ≤ 20

(7) ☐ 21 a 24

(8) ☐ 25 a 29

(9) ☐ 30 a 34

(10) ☐ 35 a 39

(11) ☐ 40 a 44

(12) ☐ 45 a 49

(13) ☐ 50 a 54

(14) ☐ 55 a 59

(15) ☐ 60 a 64

(16) ☐ ≥ 65

1.4. Estado Civil:

(17) ☐ Solteiro (a)

(18) ☐ Divorciado (a) com companheiro

(19) ☐ União estável/vive junto

(20) ☐ Casado (a)

(21) ☐ Viúvo (a)

(22) ☐ Separado (a)

(23) ☐ Divorciado (a)

(24) ☐ Viúvo (a) com companheiro (a)

(25) ☐ Prefiro não declarar

1.5. Formação:

(26) ☐ Fundamental Completo

(27) ☐ Fundamental Incompleto

(28) ☐ Médio Incompleto

(29) ☐ Médio Completo

(30) ☐ Superior Incompleto

(31) ☐ Superior Completo

1.6. Pós-Graduação:

(32) ☐ Não tem

(33) ☐ Especialização

(34) ☐ Mestrado

(35) ☐ Doutorado

1.7. Especialização na área de saúde coletiva?

(36) ☐ Sim

(37) ☐ Não

Tempo de formado na graduação (anos):

(38) ☐ ≤ 1

(39) ☐ 2 - 5

(40) ☐ 6 - 10

(41) ☐ 11 - 15

(42) ☐ 16 - 20

(43) ☐ 21 - 25

(44) ☐ 26 - 30

(45) ☐ 31 ou +

6.4. Anexo 4a: Termos de consentimento Livre e Esclarecido (ESB)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Análise da atenção primária nas equipes de saúde bucal da família”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e a mestrande em Saúde Ambiental e do Trabalhador Hebe Rosely Couto Teixeira. Esta pesquisa tem como objetivo aplicar, verificar, relacionar e avaliar os seis princípios da Atenção Primária em Saúde com ênfase na Saúde Bucal, entre os profissionais que atuam as equipes de saúde da família no município de Uberlândia, o perfil sócio demográfico, epidemiológico dos profissionais de saúde bucal e realizar o diagnóstico da estrutura física, dos recursos materiais e da tecnológicos da equipe de saúde bucal da ESF no município de Uberlândia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Hebe Rosely Couto Teixeira nos meses de março a junho de 2016, aos profissionais da Equipe de Saúde Bucal que trabalham na rede municipal de saúde da Prefeitura de Uberlândia - MG. A participação refere-se à realização de um questionário. Sendo que em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os possíveis riscos consistem no sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização da entrevista, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual ou coletiva (na comunidade), além da possibilidade de divulgação de informações. Pretende-se, no entanto, eliminar ao máximo tais riscos ao facultar aos entrevistados a livre opção de participar ou não da pesquisa, e esses riscos ainda serão minimizados considerando que no instrumento de coleta de dados os sujeitos não serão identificados, sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os benefícios consistem em contribuir com a identificação das condições de vida e sanitárias da população, tendo em vista instrumentalizar adequadamente os profissionais direcionando a promoção, prevenção e reabilitação com maior impacto e custo benefício em saúde, além de promover a atualização e preparação dos profissionais de saúde para apropriar-se dessa potente ferramenta, impactando na atenção primária em saúde dessa população. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Professora Liliane Parreira Tannús Gontijo, pelo telefone 3225-8145 ou no endereço Av. Pará, nº 1720 - Bloco 2G - anexo B, sala 39. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (3)3239-4131.

Uberlândia, ____ de _____ de 20____.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

6.5. Anexo 4b: Termos de consentimento Livre e Esclarecido (ESF)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Análise da atenção primária nas equipes de saúde da família”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e a mestrande em Saúde Ambiental e do Trabalhador Hebe Rosely Couto Teixeira. Esta pesquisa tem como objetivo aplicar, verificar, relacionar e avaliar os seis princípios da Atenção Primária em Saúde com ênfase na Saúde Bucal, entre os profissionais que atuam as equipes de saúde da família no município de Uberlândia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Hebe Rosely Couto Teixeira nos meses de março a junho de 2016, aos profissionais que trabalham na rede municipal de saúde da Prefeitura de Uberlândia - MG. A participação refere-se à realização de um questionário. Sendo que em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os possíveis riscos consistem no sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização da entrevista, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual ou coletiva (na comunidade), além da possibilidade de divulgação de informações. Pretende-se, no entanto, eliminar ao máximo tais riscos ao facultar aos entrevistados a livre opção de participar ou não da pesquisa, e esses riscos ainda serão minimizados considerando que no instrumento de coleta de dados os sujeitos não serão identificados, sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os benefícios consistem em contribuir com a identificação das condições de vida e sanitárias da população, tendo em vista instrumentalizar adequadamente os profissionais direcionando a promoção, prevenção e reabilitação com maior impacto e custo benefício em saúde, além de promover a atualização e preparação dos profissionais de saúde para apropriar-se dessa potente ferramenta, impactando na atenção primária em saúde dessa população. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Professora Liliane Parreira Tannús Gontijo, pelo telefone 3225-8145 ou no endereço Av. Pará, nº 1720 - Bloco 2G - anexo B, sala 39. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (3)3239-4131.

Uberlândia, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

6.6. Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFU		UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/MG		Platafor Brasil	
Comitê de Ética em Pesquisa					
Continuação do Parecer: 1.382.958					
<p>enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com o posicionamento.</p> <p>• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.2 item III.2.e).</p>					
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:					
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor		
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_605770.pdf	16/10/2015 14:50:08			
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHebe_SemAnexo.docx	16/10/2015 14:49:24	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Outros	ProjetoHebe_ANEXO_3.docx	16/10/2015 14:10:17	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Outros	ProjetoHebe_ANEXO_2.docx	16/10/2015 14:09:48	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Outros	ProjetoHebe_ANEXO_1.docx	16/10/2015 14:08:54	Hebe Rosely Couto Teixeira		
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ProjetoHebe_TCLE_ESF.doc	16/10/2015 14:07:24	Hebe Rosely Couto Teixeira		
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ProjetoHebe_TCLE_ESB.doc	16/10/2015 14:06:54	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Folha de Rosto	Folha_Rosto_ProjetoHebe.docx	16/10/2015 14:05:46	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Link_Lattes_Hebe.doc	15/10/2015 11:18:15	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Outros	Solicitacao_autorizacao_projeto_Hebe.pdf	14/10/2015 15:37:39	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso_EquipeExe_Hebe.pdf	13/10/2015 16:46:54	Hebe Rosely Couto Teixeira		
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInst_Coparticipante_Hebe.pdf	13/10/2015 16:43:53	Hebe Rosely Couto Teixeira		
<p>Situação do Parecer: Aprovado</p> <p>Necessita Apreciação da CONEP: Não</p> <p>UBERLÂNDIA, 31 de Dezembro de 2015</p> <p>Assinado por: Sandra Terezinha de Farias Furtado (Coordenador)</p>					
<p>Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144 UF: MG Município: UBERLÂNDIA Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br</p>					
<p>Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144 UF: MG Município: UBERLÂNDIA Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br</p>					

6.7. Anexo 6: Análise da Atenção Primária em Saúde Bucal da Família - Submissão Artigo na Revista Physis.

Physis Revista de Saúde Coletiva

PHYSIS

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA

Journal:	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Saúde bucal, Estratégia Saúde da Família

SCHOLARONE™
Manuscripts

View Only

6.8. Anexo 7: Submissão Artigo na Revista Physis.

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Physis Revista de Saúde Coletiva

Manuscript ID

PHYSIS-2017-0166

Title

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA: INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES COMO COMPONENTE DA GESTÃO DA SAÚDE

Authors

Gontijo, Lilliane

Teixeira, Hebe Rosely

Date Submitted

11-Jul-2017

[Author Dashboard](#)