

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Atenção em Saúde Bucal do município de Recife: avaliação pós-adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica

Oral Health Care in the municipality of Recife: evaluation after adherence to the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care

Ive da Silva Monteiro¹, Rafael da Silveira Moreira², Sidney Feitosa Farias³

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar condições de estrutura e processo da atenção em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Recife, durante o segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica. Realizou-se um estudo transversal, quantitativo e avaliativo com as 112 equipes de saúde bucal (ESB) do município que participaram da avaliação externa do Programa, em 2014. Os dados foram coletados a partir das informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, sendo submetidos à estatística descritiva. Os resultados evidenciaram 32,1% ESB equiparadas às equipes mínimas da ESF (EqSF); 70,5% cirurgiões-dentistas indicaram ter Plano de Carreira e 95,5% tinham e/ou estavam em formação complementar. Todas ESB participavam de reuniões da EqSF; 93,8% ofertam consulta odontológica de demanda espontânea e agendada. Destas, 83% garantiam agendamento de retorno. A oferta de consultas odontológicas especializadas foi identificada como disponível por 97,3% das ESB, mas apenas 50,9% afirmaram ter fluxo de comunicação institucionalizado com especialistas. Todas ESB realizavam o acompanhamento de gestantes e o atendimento de crianças até 5 anos de idade. Conclui-se que a maioria das equipes avaliadas apresentou adequação ao maior contingente das condições de estrutura e processo da atenção em saúde bucal estudados.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Serviços de saúde bucal. Estratégia Saúde da Família.

¹ Prefeitura do Recife, Secretaria Municipal de Saúde. E-mail: ivemonteiro@hotmail.com

² Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Saúde Coletiva.

³ Doutor em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the structure and process conditions of oral health care in the Family Health Strategy (FHS) of Recife, during the second cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. A cross-sectional, quantitative and evaluative study was carried out with the 112 oral health teams (OHT) of the municipality that participated in the external evaluation of the program in 2014. Data were obtained by the Ministry of Health and submitted to descriptive statistics. The results indicate that 32.1% of the OHT equated to the minimum teams of the FHS (TFHS); 70.5% of the dentists indicated having a Career Plan and 95.5% had and/or were in complementary training. All the OHT attended meetings with the TFHS; 93.8% offered dental consultation of spontaneous and scheduled demand. Of these, 83% guaranteed return scheduling. The offer of specialized dental appointments was identified as available by 97.3% of the OHT, but only 50.9% reported having an institutionalized communication flow with specialists. All the OHT performed the monitoring of pregnant women and the care of children up to 5 years old. It was concluded that most of the teams presented adequacy to the largest contingent of structure and process conditions of the oral health care studied.

KEYWORDS: Health evaluation. Quality indicators health care. Dental health services. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta para a reorganização da atenção em saúde bucal, fundamentada na ampliação e qualificação da atenção básica¹. Assim, no município do Recife, ao se definir a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo para reestruturar seu modelo de atenção à saúde em 2001, iniciou-se o processo de construção da atual Política Municipal de Saúde Bucal. De 2001 a 2014, o município passou de 16 para 144 equipes de saúde bucal (ESB)², o que representa um aumento de 800% dessas equipes. Como consequência, houve um salto da cobertura populacional de 0,40% para 32,41%, alcançando aproximadamente 504.000 pessoas em 2014.

Diante do acelerado crescimento da ESF, emerge, então, a necessidade de implementar processos avaliativos, especialmente sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia³. Entende-se que, no contexto da qualidade em saúde, a avaliação corresponde ao diagnóstico de uma realidade a fim de nela intervir, sendo um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade^{4,5}. Essa está presente em todos os tipos de avaliação, tendo como característica principal o estabelecimento de um juízo de valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade⁶.

O modelo donabediano introduz uma matriz conceitual que serve de base ao entendimento da avaliação da qualidade em saúde a partir da tríade estrutura-processo-

resultado, que corresponde, na Teoria Geral dos Sistemas, a *input-process-output*. A estrutura relaciona-se às características mais estáveis da assistência à saúde, envolvendo recursos existentes para a execução dos serviços, representados pelos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, disponibilidade de equipamentos, organização dos serviços e capacidade dos profissionais de saúde. O processo refere-se a todas as atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e usuários, com base em padrões aceitos, como aspectos técnicos, administrativos, éticos e da relação entre profissional-equipe de saúde e usuário. O resultado representa o produto final da assistência prestada pelos serviços de saúde, expresso pelas modificações na situação de saúde dos usuários ou da comunidade, como também pela satisfação de padrões e expectativas^{6,7}.

É oportuno destacar que o setor saúde vem reproduzindo a tendência de se materializar em indicadores de gestão, índices de desempenho e programas de mensuração de qualidade⁸. Nesse sentido, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apresenta-se como estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho das equipes, garantindo um padrão comparável nacional, regional e localmente^{9,10}, mostrando potencial para orientar melhorias nas ações de saúde da atenção básica¹¹.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar condições de estrutura e processo da atenção em saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Recife, em que atuam as ESB que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal e quantitativo, de caráter avaliativo, tendo como unidade de análise a ESB. Baseando-se nas três categorias propostas por Donabedian, as quais avaliam a qualidade da produção dos serviços de saúde (estrutura, processo e resultado)^{6,7}, o presente estudo envolveu as duas primeiras, por serem as categorias contempladas na avaliação externa do PMAQ-AB. A pesquisa foi conduzida no período de maio a julho de 2017, envolvendo os dados coletados pelo programa em 2014.

A área do estudo compreendeu o município do Recife, capital do estado de Pernambuco, situado no Nordeste brasileiro. Em 2014, a referida cidade apresentava uma população estimada de 1.555.039 habitantes¹², distribuída em 94 bairros, subdivididos em 8 Distritos Sanitários, os quais compreendiam uma rede assistencial de saúde bucal composta por: 144 ESB; 22 Unidades Básicas Tradicionais e 5 policlínicas com ambulatório de odontologia para a população não coberta por ESB; 7 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis pela atenção especializada em saúde bucal e programa de prótese dentária; e 4 Serviços Odontológicos de Urgência 24 horas.

Adotaram-se, como universo do estudo, as 112 ESB que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, realizado em 2014, em Recife. Os dados foram

coletados a partir das respostas obtidas na avaliação, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. No total, foram estudadas 163 variáveis, presentes nos módulos a seguir, os quais contemplavam dados das ESB:

- a) Módulo V – Observação na Unidade de Saúde, que objetiva avaliar questões como as condições de infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos da USF com ESB;
- b) Módulo VI – Entrevista com Profissional da ESB e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, que objetiva avaliar informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado com os usuários.

Os dados coletados foram organizados em dois bancos de dados no programa Microsoft Excel versão 2013, contemplando separadamente os módulos estudados e, em seguida, consolidados no *software Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis, expressando-as como frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão (DP).

Este estudo foi desenvolvido em consonância com os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado em 25 de abril de 2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. O projeto foi registrado com CAAE 64637517.0.0000.5190 e nº do parecer 2.011.713. Não houve conflitos de interesses entre os pesquisadores e o objeto pesquisado.

RESULTADOS

Condições de estrutura da atenção em saúde bucal

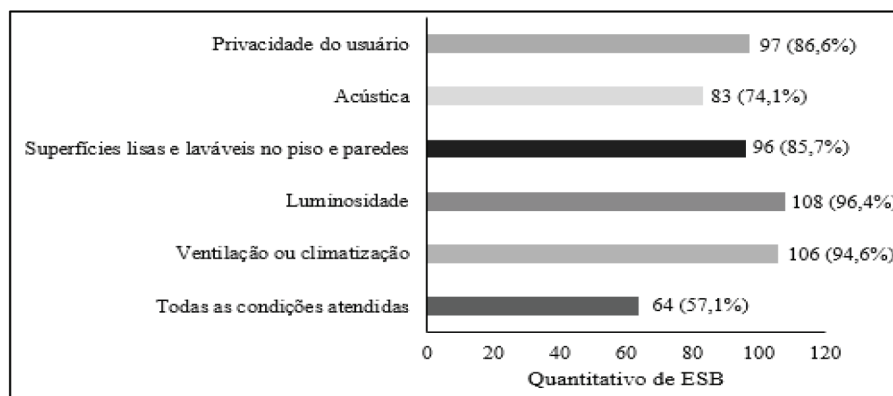
Das 112 ESB participantes, 72,3% pertenciam à modalidade I (composta por cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) e 27,7% faziam parte da modalidade II (composta por cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal). Do total das ESB, 32,1% estavam equiparadas às equipes mínimas da ESF (EqSF) e 65,2% e 2,7% atuavam para duas e três EqSF, respectivamente.

O tempo de atuação dos cirurgiões-dentistas nas ESB avaliadas apresentou média de 6,5 anos (DP \pm 3,5) e mediana de 6 anos. A maioria relatou ter como agente contratante a administração pública direta e ser servidor público estatutário. Dos 70,5% cirurgiões-dentistas que indicaram ter Plano de Carreira, a progressão ocorreu por antiguidade (58,9%), avaliação de desempenho (mérito) (53,6%) e por titulação/formação profissional (61,6%). Sobre incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho, 83% indicaram obtê-lo.

No tocante ao funcionamento da unidade de saúde, todas as ESB realizavam atendimento exclusivamente nos turnos da manhã e da tarde. No que se refere aos

dias da semana, 98,2% trabalhavam de segunda a sexta. Nenhuma das ESB desenvolvia rotineiramente atividades em fim de semana. Observou-se que 98,2% das ESB tinham consultório odontológico localizado na mesma unidade de saúde da EqSF. Quanto às condições estruturais e de ambiência, a maioria das ESB estavam adequadas (Figura 1).

Figura 1 – Condições estruturais e de ambiência dos consultórios odontológicos das ESB que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB, Recife, 2014



Fonte: Elaborada pelos autores a partir do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB

A maioria dos equipamentos odontológicos estava disponível para as ESB, com 44,6% e 33% delas dispostas de jato de bicarbonato e ultrassom odontológico, respectivamente. Quanto aos equipamentos relacionados ao radiodiagnóstico, 5,4% das ESB possuíam aparelho de raio-X odontológico e câmara de revelação (câmara escura). Apenas 2,7% das ESB tinham máquina seladora e 52,7% compartilhavam equipamentos com outras ESB.

Quanto aos instrumentais, os utilizados para clínica geral e dentística estavam disponíveis para a maioria das ESB, assim como os de cirurgia, com exceção de sugador cirúrgico, acessível para apenas 6,3% das ESB. Das ESB, 62,5% contavam com instrumentais importantes para procedimentos de periodontia básica, como sonda milimetrada, pedra de afiar e curetas periodontais. Em relação à disponibilidade de instrumentais para tratamento endodôntico, foram obtidos os seguintes resultados: 5,4% das ESB possuíam gral de borracha; 19,6% tinham cânula para aspiração endodôntica e extirpa-nervos, 41,1% possuíam limas endodônticas e 49,1% tinham escavadores para pulpotomia. A menor disponibilidade de instrumentais foi observada na área de prótese dentária, com 8,9% das ESB possuindo espátula para gesso e alginato e 0,9% moldeiras. No caso dos instrumentais, o compartilhamento com outras ESB foi mencionado por 52,7% das participantes.

Em relação à disponibilidade de insumos odontológicos, a maioria das ESB mencionaram estar disponíveis, exceto amálgama (preparo manual) e conjunto fixador-revelador para radiografia. Em relação à ficha clínica odontológica, todas as ESB relataram tê-la disponível.

Sobre a qualificação dos profissionais das ESB, constatou-se que 95,5% dos cirurgiões-dentistas possuíam e/ou estavam em formação complementar, sendo a mais frequente a Especialização em Saúde da Família (Tabela 1).

Tabela 1 – Formação complementar, concluída ou em curso, dos cirurgiões-dentistas das ESB que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB, Recife, 2014

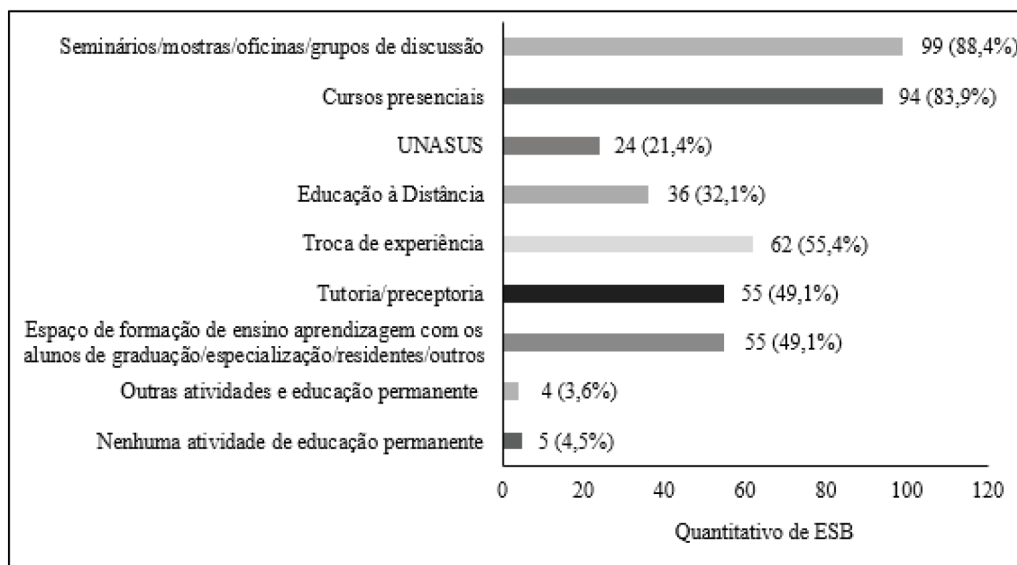
Formação complementar	Cirurgião-dentista	
	N	%
Especialização em Saúde da Família	51	45,54
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	22	19,64
Especialização em Saúde da Família e em Saúde Pública/Saúde Coletiva	14	12,50
Residência em Saúde da Família ou em Saúde Pública/Saúde Coletiva	4	3,57
Residência em Saúde da Família ou em Saúde Pública/Saúde Coletiva, com Especialização em Saúde da Família ou em Saúde Pública/Saúde Coletiva	6	5,36
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva e Especialização em Saúde da Família	1	0,89
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva, com Especialização em Saúde da Família e em Saúde Pública/Saúde Coletiva	2	1,79
Formação complementar apenas em outras áreas, que não Saúde da Família ou Saúde Pública/Saúde Coletiva	7	6,25
Nenhuma formação complementar	5	4,46
Total	112	100,00

Fonte: Elaborada pelos autores a partir do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB

Condições de processo da atenção em saúde bucal

Diferentes atividades de Educação Permanente eram vivenciadas pelas ESB, sendo a modalidade mais usual os seminários/mostras/oficinas/grupos de discussão, seguida por cursos presenciais e troca de experiência (Figura 2). Das 107 ESB envolvidas em atividades de Educação Permanente, 87,5% tinham a participação de todos os seus integrantes nessas atividades e 74,8% consideravam que as mesmas contemplavam as demandas e necessidades da equipe. Ainda, 34,8% das ESB recebiam estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino e/ou extensão, uma ou duas vezes por semana, e 30,4% com frequência semanal de três a cinco vezes.

Figura 2 – Participação das ESB em diferentes modalidades de atividades de Educação Permanente, Recife, 2014



Fonte: Elaborada pelos autores a partir do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB

Todas as ESB relataram participar das reuniões da EqSF. Para 25,9% delas, não havia disponibilização, pela gestão, de informações que auxiliassem na análise da situação de saúde. A autoavaliação nos últimos seis meses foi referenciada por 93,8% das ESB e o planejamento e programação mensal das ações foram mencionados por 86,6% das equipes participantes. Dessas, 83,5% os faziam com a EqSF e 16,5% envolviam apenas os profissionais da ESB. O monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal eram realizados por 75% das ESB.

Nenhuma ESB dispunha de prontuário eletrônico, com 99,1% das equipes participantes apresentando os prontuários físicos organizados por núcleos familiares e 95,5% apresentando a ficha odontológica no próprio prontuário da família. Quanto ao preenchimento da ficha odontológica, 99,1% das ESB seguiam um padrão.

O quantitativo de usuários atendidos no consultório odontológico, em média, por turno, era de até oito, para 45,5% das ESB, e mais de oito, para 54,5%. Esses atendimentos eram gerados pela oferta concomitante da consulta odontológica de demanda espontânea e agendada em 93,8% das ESB. Dessas, 83% garantiam agendamento de retorno para continuidade do tratamento. Quanto aos procedimentos clínicos ofertados pelas ESB, a maioria dos elencados no PMAQ-AB era realizada na USF. Aqueles com menor percentual de realização pelas ESB corresponderam a procedimentos geralmente ofertados nos CEO (Tabela 2).

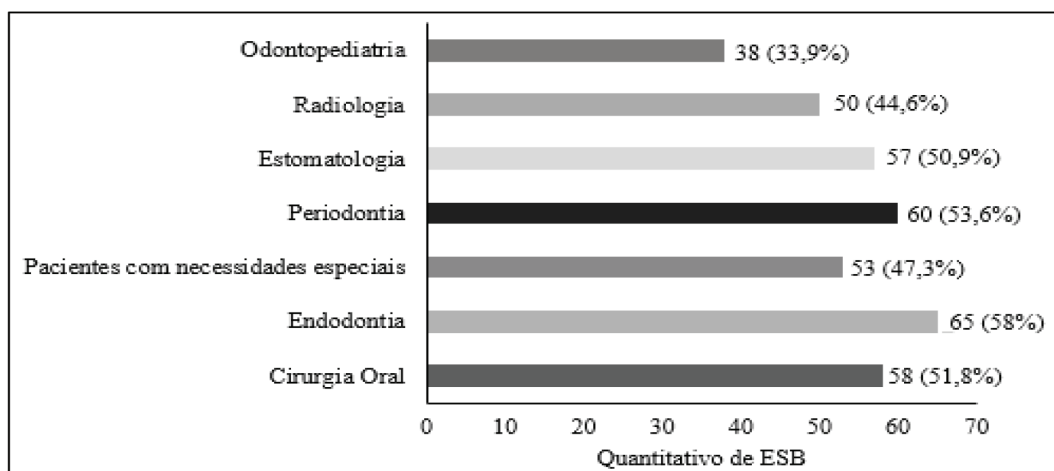
Tabela 2 – Realização de procedimentos clínicos pelas ESB que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB, Recife, 2014

Área Clínica	Procedimento	Sim		Não	
		N	%	N	%
Prevenção	Aplicação tópica de flúor	111	99,1	1	0,9
	Restauração de amálgama	112	100	0	0
Dentística	Restauração de resina composta	110	98,2	2	1,8
	Restauração de dente decíduo	109	97,3	3	2,7
Periodontia	Raspagem/alisamento/polimento supragengival	112	100	0	0
Endodontia	Acesso à polpa dentária	111	99,1	1	0,9
	Pulpotomia	112	100	0	0
	Remoção de dentes impactados	27	24,1	85	75,9
	Frenectomia	18	16,1	94	83,9
Cirurgia	Remoção de cistos	16	14,3	96	85,7
	Exodontia de dente decíduo	108	96,4	4	3,6
	Exodontia de dente permanente	109	97,3	3	2,7
	Ulotomia/ulectomia	80	71,4	32	28,6
Prótese	Cimentação de prótese	26	23,2	86	76,8
	Drenagem de abscesso	96	85,7	16	14,3
Urgência	Sutura de ferimentos por trauma	82	73,2	30	26,8
	Tratamento de alveolite	106	94,6	6	5,4
-	Outros	22	19,6	90	80,4

Fonte: Elaborada pelos autores a partir do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB

A oferta de consultas odontológicas especializadas pela rede de saúde foi identificada como disponível por 97,3% das ESB. Destas, a maioria relatou que as consultas eram marcadas pela equipe da USF em dias diferentes ao da consulta que gerou o encaminhamento, com a data agendada informada posteriormente ao usuário. Ademais, a existência de protocolo definido para orientar os encaminhamentos dos usuários para especialistas variou entre 33,9% e 58%, a depender da especialidade odontológica (Figura 3). Em relação à existência de fluxo de comunicação institucionalizado com especialistas para trocar informações sobre os usuários encaminhados, 50,9% das ESB afirmaram tê-lo.

Figura 3 – Existência de protocolo definido para orientar o encaminhamento de usuários da atenção básica para especialistas, por especialidade odontológica. Recife, 2014



Fonte: Elaborada pelos autores a partir do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB

No tocante à saúde da mulher e da criança, todas as ESB realizavam o acompanhamento de gestantes, por meio de consultas, e o atendimento de crianças era feito até 5 anos de idade. As atividades em escola/creche, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), eram realizadas por 84,8% das ESB, das quais 92,6% faziam o registro dessas atividades. Dentre essas ESB, 86,4% tinham o levantamento do número de escolares com necessidades de saúde bucal, incluindo atendimento clínico.

A maioria das ESB afirmou realizar visita domiciliar. Dentre as que faziam essa atividade, 66,4% utilizavam algum protocolo ou documento para nortear a definição de situações prioritárias. Sobre os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca, 61,6% das ESB possuíam registros desses casos, 9,8% não tinham registros e 28,6% desconheciam a existência de algum caso no território. Já em relação à promoção de ações no território para identificação de pessoas com necessidade de prótese dentária, 67,9% das ESB indicaram realizá-la.

DISCUSSÃO

No presente estudo, constata-se que a priorização da implantação de ESB modalidade I em Recife seguiu a tendência dos demais municípios do estado, identificada no primeiro ciclo do PMAQ-AB¹³. Contudo, a equiparação entre ESB e EqSF ainda se dá discretamente, demonstrando dificuldade ou falta de priorização em se expandir a cobertura da atenção em saúde bucal no município. Essa situação pode agravar-se, pois, com a publicação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017¹⁴, estabeleceu-se, na

nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que a ESF pode ou não dispor da ESB. Esse fato reforça a consolidação de um contexto adverso à expansão da cobertura da atenção em saúde bucal.

A maioria dos cirurgiões-dentistas foi inserida na ESB por meio de concurso público, divergindo do precário vínculo trabalhista observado entre os profissionais da ESB em outros estudos¹⁵⁻¹⁸. Contudo, percebe-se desconhecimento do Plano de Carreira entre os cirurgiões-dentistas, uma vez que os planos vigentes no município abrangem as três modalidades de progressão citadas e houve variações na identificação de existência das mesmas e do incentivo financeiro por desempenho.

Por outro lado, a estabilidade do vínculo pode ter contribuído para que quase todas as ESB relatassem cumprir a carga horária semanal preconizada pela PNAB, pois, conforme Mattos et al.¹⁷, a flexibilização de jornada de trabalho é predominante em municípios que adotam formas precárias de contratação de profissionais. Mas nenhuma ESB desenvolvia rotineiramente atividades à noite ou no fim de semana, surgindo a necessidade de se propor e implantar alternativas que ampliem o acesso dos usuários nos horários e dias “não convencionais”, uma vez que o consultório odontológico não é utilizado nesses turnos, embora haja capacidade instalada para que as atividades ocorram.

No tocante às condições estruturais e de ambiência dos consultórios odontológicos, apesar de adequadas para a maioria das ESB, aprimoramentos precisam ser feitos, principalmente quanto à acústica e à privacidade, condições expressas como fundamentais pela Política Nacional de Humanização para promover espaços físicos acolhedores nos serviços de saúde¹⁹. A adequação das superfícies de piso e paredes, para que sejam lisas e laváveis, também são essenciais para atender às normas de biossegurança e de estrutura das unidades de saúde²⁰. Tais deficiências estruturais, junto às relacionadas a equipamentos, instrumentais e insumos, sinalizam a persistência de problemas das USF do município, evidenciados em outros estudos, como um dos fatores limitantes às atividades desenvolvidas pelas ESB^{21,22}.

O compartilhamento de equipamentos e instrumentais entre ESB evidencia a necessidade de ampliar a disponibilização dos mesmos às ESB no município, a fim de não comprometer o atendimento clínico dessas equipes. Sobre as deficiências de insumos, identificou-se que o amálgama de preparo manual foi substituído pelo amálgama em cápsula, o que viabiliza a trituração mais segura desse material, sendo, então, considerado um aspecto positivo. Por sua vez, a ausência de instrumentais de prótese dentária na quase totalidade das USF, apesar de a prótese se enquadrar como procedimento da atenção básica, justificou-se pela opção do município do Recife ofertar o atendimento protético nos CEO.

Entretanto, a elevada indisponibilidade de instrumentais usados no preparo do dente para receber tratamento endodôntico pode comprometer a execução de

procedimentos em consultas eletivas e de urgência, além de contribuir para que o encaminhamento à endodontia no CEO seja realizado de modo inadequado. Ademais, a baixíssima disponibilidade de aparelho de raio-X odontológico e insumos a ele relacionados inviabiliza a realização de exames complementares na própria USF, gerando a dependência de uma rede de referência para a realização destes exames.

Quanto à qualificação dos profissionais da ESB, evidencia-se o elevado quantitativo de cirurgiões-dentistas com formação complementar concluída e/ou em curso, principalmente nas especializações em Saúde da Família e em Saúde Pública/Saúde Coletiva, demonstrando avanço na qualificação profissional quando comparado a estudo anterior²¹. Outro avanço identificado se refere às atividades de Educação Permanente. Se, no momento anterior, a maioria dos profissionais lamentavam a escassez dessas atividades e consideravam que, das poucas de que participavam, muitos dos conteúdos não se aplicavam ao trabalho da ESF²¹, a maioria das ESB do município que participou do segundo ciclo do PMAQ-AB relatou estar envolvida em diferentes atividades de Educação Permanente e considerava que as mesmas contemplavam as demandas e necessidades da equipe.

Considerando que o trabalho em equipe representa uma maneira da ESB superar o modelo hegemônico e incorporar o conceito ampliado de saúde, compartilhando com outros profissionais o cuidado à saúde da população²³, constataram-se indícios de avanços nessa integração e, conseqüentemente, no processo de trabalho. De fato, a participação de todas as ESB em reuniões com a EqSF, a realização de planejamento e programação mensal das ações entre as equipes e o monitoramento e análise dos indicadores e das informações de saúde bucal pela maioria delas divergiram do cenário encontrado em anos anteriores. Nesse período, as ESB do município não realizavam (ou desenvolviam precariamente) levantamentos epidemiológicos e faziam pouco uso de informação, planejamento, programação e avaliação das ações^{22,23}, além de não se reunirem rotineiramente²¹. Sobre a disponibilização, pela gestão, de informações que auxiliassem na análise da situação de saúde, a sua não realização para todas as ESB avaliadas converge para a situação encontrada por Pimentel et al.²⁴ em municípios pernambucanos, nos quais se evidenciou fragilidade no acompanhamento, supervisão e avaliação das ESB pelas coordenações de saúde bucal.

Apesar da ausência de prontuário eletrônico, a padronização no preenchimento da ficha odontológica e sua inclusão junto dos prontuários físicos, organizados por núcleos familiares, pela maioria das ESB, contribui para o compartilhamento de informações entre os profissionais da USF, potencializando o cuidado integral dos usuários.

Na organização da agenda da ESB, identificou-se relativo equilíbrio no quantitativo de usuários atendidos no consultório odontológico, visto que 45,5% atendiam uma média de até oito usuários por turno, alinhando-se com a recomendação do conselho de

classe²⁵. Para os 54,5% que atendiam mais de oito pacientes, esse achado se aproxima das três consultas por hora indicadas pelo Ministério da Saúde, em portaria vigente nesse período, sobre parâmetros assistenciais do SUS²⁶.

A articulação entre a “oferta organizada” e a “demanda espontânea” nas consultas odontológicas mostrou-se uma realidade para quase todas as ESB avaliadas. Um aspecto relevante nessa questão, avaliado no primeiro ciclo do Programa, corresponde ao acolhimento, que, tanto na esfera estadual^{13,27} quanto nacional²⁸⁻³⁰, envolveu a participação da maioria das ESB, principalmente o cirurgião-dentista, apesar da baixa utilização de protocolo para norteá-lo. Quanto à garantia de consulta de retorno para a continuidade do tratamento, o percentual municipal (83%) esteve entre os observados no âmbito estadual e nacional, quantificados em 78,52% e 85,9%, respectivamente^{13,28,29}.

A oferta de procedimentos clínicos pelas ESB apresentou a mesma tendência observada no primeiro ciclo do PMAQ-AB em outros municípios, tanto do estado quanto do restante do país. No primeiro ciclo, as ESB realizavam um trabalho clínico tradicional, incluindo procedimentos individuais preventivos, restauradores, periodontais básicos e exodontias, mas raramente realizavam a fase clínica da instalação de próteses dentárias^{13,30}. Todavia, Reis et al.³⁰ ressaltam que, apesar de não haver obrigatoriedade da oferta de prótese pela ESB na USF, as próteses dentárias removíveis foram incluídas na atenção básica como estratégia para incentivar a sua utilização e aumentar a oferta de procedimentos realizados pela equipe.

A oferta de consultas odontológicas especializadas identificada pela maioria das ESB avaliadas sinaliza a existência de uma rede de atenção em saúde bucal melhor estruturada que o restante do estado e média nacional, visto que, no primeiro ciclo do PMAQ-AB, 29,89% das ESB de Pernambuco e 62,6% do restante do país relataram ter um CEO como referência^{13,28}. Entretanto, diante da existência de CEO de referência para todas as ESB do Recife, concorda-se com Casotti e Gabriel³¹ que essa não identificação por todas elas sugere desconhecimento ou alheamento de alguns profissionais respondentes.

Por outro lado, considerando-se que a integração entre profissionais das ESB e do CEO é fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade^{32,33}, a constatação de expressiva indefinição de protocolos e fluxos de comunicação institucionalizados para orientar os encaminhamentos dos usuários e trocas de informações entre os profissionais corrobora com os achados de Souza et al.³⁴. Esses autores apontam para a necessidade desses serviços efetivarem protocolos de regulação, que culminem na melhoria do acesso e qualidade da atenção prestada na rede de atenção em saúde bucal.

Quanto ao acompanhamento de gestantes em consultas e o atendimento de crianças até 5 anos de idade por todas as ESB avaliadas, esse é um aspecto importante, indicando que tais grupos, definidos como prioritários ao longo do tempo, continuam a ser estratégicos. É possível ainda que essa priorização seja um resquício do modelo

incremental de atenção em saúde bucal, que vigorou nas décadas de 1950 e 80, no qual o foco voltava-se ao grupo materno-infantil e escolar, com ações preventivas limitadas³¹. Ainda sobre a saúde da criança, a maioria das ESB estudadas está inserida no PSE, desenvolvendo atividades em escolas/creches vinculadas a esse programa. Entretanto, em algumas delas, há falhas no registro das atividades realizadas e no levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisavam de atendimento clínico.

No tocante à visita domiciliar, pode-se considerar que esta representa um indicador de mudança do modelo de atenção³⁵, alinhada aos princípios da atenção básica, como a integralidade e continuidade do cuidado, acesso, equidade, humanização e vínculo. Assim, a sua realização pela maioria das ESB, apesar de nem todas utilizarem protocolo ou documento para nortear a definição de situações prioritárias, é um aspecto bastante positivo, divergindo do cenário nacional, evidenciado no primeiro ciclo do PMAQ-AB. Neste último, a realização de visita domiciliar e o cuidado em domicílio não tinham sido amplamente incorporados nas funções da ESB, pois apenas aproximadamente metade das ESB os realizava, numa média bastante inferior à de enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem da ESF³⁶.

Sobre as ações relacionadas ao câncer de boca, várias atividades são passíveis de ser realizadas na atenção básica, dentre as quais ações de vigilância em saúde e a responsabilização pela longitudinalidade do cuidado de usuários com casos suspeitos/confirmados³⁷. Especificamente quanto aos registros desses casos, o quantitativo entre as ESB avaliadas no município que os possuíam foi acima do valor estadual e nacional no primeiro ciclo do Programa^{13,28,30}. Entretanto, esse achado é preocupante, visto que 38,4% das ESB de Recife não tinham registros ou desconheciam se havia algum caso suspeito/confirmado no território. Essa preocupação é evidente, considerando-se que, no Nordeste, excetuando-se as neoplasias de pele não melanoma, o câncer de boca era estimado como o quarto mais prevalente em homens e o nono em mulheres, em 2014³⁸.

Quanto à prótese dentária, a quantidade de ESB avaliadas e que promoviam ações no território para a identificação de pessoas que necessitavam dessa reabilitação pode ser considerada baixa, apesar de superior aos percentuais estadual (39,6%) e nacional (50,5%), conforme o primeiro ciclo do PMAQ-AB^{13,28,30}. De fato, considerando-se o último Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal, o qual mostrou que 68,8% e 92,7% da população brasileira nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente, apresentavam necessidade de prótese dentária³⁹, o número de ESB que faziam a atividade de identificação torna-se baixo. Então, diante da epidemiologia da comunidade edêntula nestes grupos etários e a alta frequência de câncer bucal entre os idosos, a não realização das ações avaliadas contribui para o cenário de resolutividade dos serviços aquém do esperado, frente à grande dívida social do país em relação à saúde bucal da população adulta e idosa⁴⁰.

CONCLUSÃO

Frente aos resultados apresentados, pode-se considerar que a maioria das ESB do Recife avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB apresentou adequação ao maior contingente das condições de estrutura e processo da atenção em saúde bucal estudados. Todavia, evidencia-se a persistência de problemas relacionados à disponibilidade de alguns equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos, bem como a deficiência de informações pela gestão que auxiliem as equipes na análise da situação de saúde, de protocolos para orientar os encaminhamentos dos usuários a especialistas e de fluxo de comunicação institucionalizado entre ESB e CEO. Tais situações configuram-se, então, como fatores limitantes às atividades desenvolvidas pelas ESB, podendo comprometer a qualidade da atenção em saúde bucal desenvolvida no âmbito da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Recife-PE, competência de janeiro de 2001 a dezembro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [acesso em 2016 out.20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
3. Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Rev Saúde Pública. 2010 abr; 44(2):318-24.
4. Pisco LA. A avaliação como instrumento de mudança. Ciênc Saúde Colet. 2006; 11(3):566-8.
5. Righi AW. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. Rev Produção Online. 2010 set; 10(3):649-69.
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 set; 260(12):1743-48.
7. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
8. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saúde Soc. 2016; 25(2):290-305.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Cruz MM, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014 out; 38(esp):124-39.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional 2014 [internet]. [citado em 2016 jun 14]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>.
13. Lorena Sobrinho JE, et al. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2015 jan-mar; 39(104):136-46.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set 2017. [citado em 2016 out 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
15. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO*. 2007 set-dez; 12(3):18-23.
16. Galvêas EA, et al. Singularidades no processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas. *Trab. Educ. Saúde*. 2016 jan-abr; 14(1):273-92.
17. Mattos GCM, et al. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(2):373-82.
18. Soares FF, et al. Atuação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(7):3169-80.
19. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
21. Albuquerque MIN. *Estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde*. Recife: UFPE; 2012.
22. Silva PRA. *Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes [dissertação]*. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. 176p.
23. Pimentel FC, et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(4):2189-96.

24. Pimentel FC, et al. Caracterização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(supl):S146-S157.
25. Conselho Regional de Odontologia (Pernambuco). Resolução CRO-PE nº 002, de 27 de maio de 2005. Pernambuco, Recife, 2005 maio 27.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jun. 2002. [citado em 2017 set 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html.
27. Albuquerque MSV, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014 out; 38(esp):182-94.
28. Casotti E, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014 out; 38(esp):140-57.
29. Neves M, et al. Primary Care Dentistry in Brazil: From preventions to Comprehensive Care. *J Ambul Care Manage*. 2017; 40(supl.2):S35-S48.
30. Reis CMR, et al. Describing the Primary Care Actions of Oral Health Teams in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12:667-78.
31. Casotti E, Gabriel JO. Organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro: resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. *Rev APS*. 2016 abr-jun; 19(2):245-60.
32. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(1):239-48.
33. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(1):65-72.
34. Souza GC, et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas. *Rev Salud Pública*. 2015; 17(3):416-28.
35. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
36. De-Carli AD, et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate*. 2015 abr-jun; 39(105):441-50.
37. Lombardo EM, et al. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa dos cirurgiões-dentistas. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(4):1223-32.
38. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil [internet]. [citado em 2017 jun 04]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2013/apresentacao-estimativa-2014.pdf>.

39. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
40. Guimarães MRC, et al. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. Rev Odontol UNESP. 2017 jan-fev; 46(1):39-44.

Submissão: setembro de 2018.

Aprovação: novembro de 2019.