

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE  
SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA  
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nara Deise de Souza Melo

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL:  
AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DE UNIDADES DE  
SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO BRASIL**

Manaus

2018

Nara Deise de Souza Melo

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL:  
AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DE UNIDADES DE  
SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS

2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

M528c

Melo, Nara Deise de Souza.

Coordenação do Cuidado e Atenção a Saúde Bucal: avaliação dos profissionais de saúde bucal de Unidades de Saúde dos municípios do Brasil. / Nara Deise de Souza Melo. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

75 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Cristina Pereira Parente.

1. Saúde bucal 2. Avaliação em saúde 3. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ AB I. Título

CDU 616.314(81) (043.3)

CDD 617.60981

22. ed.

**Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos - CRB-11/ 287**

Nara Deise de Souza Melo

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL:  
AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DE UNIDADES DE  
SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Evelyne Marie Therese Mainbourg (Doutora)  
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

---

Janete Maria Rebelo Vieira (Doutora)  
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

---

Rosana Cristina Pereira Parente (Doutora) – Orientadora  
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

Dedico este trabalho:

Ao Deus altíssimo que tanto me ama.

A minha família, minha base, minha rocha.

Aos que acreditam em um Sistema Único de Saúde forte e resolutivo.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que sonhou os meus sonhos antes de mim.

A minha mãe, que tanto me ama e me apoia nos meus sonhos de ser uma pessoa melhor.

Ao meu pai, pelo ensinamento deixado “estude minha filha”.

Aos meus filhos, que me abastecem de amor ao fim de cada dia, me fazendo buscar ser melhor por eles e para eles.

Ao meu irmão, que insiste em dizer que fui seu referencial na busca do conhecimento, sendo que ele é meu referencial de persistência, garra e coragem.

A minha irmã, que muitas vezes é minha segunda mãe e vibra radiante a cada conquista alcançada por mim.

Aos meus tios, tias, primos e primas, que me encham de alegria ao dizerem que sentem orgulho de mim.

Aos amigos que aqui cultivei, a partilha do “sofrimento na busca do saber” nos renderá laços eternos.

A minha orientadora Dra. Rosana Cristina Pereira Parente, que me conduziu nesta árdua batalha, me ensinando que a leitura abre as portas do conhecimento e que podemos sim vencer nossas limitações.

Aos professores, que aqui abriram nossas mentes para o grandioso aprendizado que recebemos, em um processo contínuo de desconstrução e construção na busca do saber.

A banca avaliadora Dra. Janete Maria Rebelo Vieira (UFAM) e Dra. Evelyne Marie Therese Mainbourg (FIOCRUZ), que somaram grandiosamente com seus conhecimentos na melhoria e desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia, que proporciona a esta cidade formação e pesquisas de qualidade superior, oferecendo a oportunidade de ensino com os melhores pesquisadores da região.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, por acreditar nas pesquisas científicas de nossa região, que através do apoio me proporcionou a oportunidade de dedicação na realização deste trabalho.

Tudo neste mundo tem o seu tempo; cada coisa tem a sua ocasião... Há tempo de plantar e tempo de colher, tempo de ficar triste e tempo de se alegrar.

Eclesiastes 3; 1,4.

## RESUMO

A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no ano 2000 foi o primeiro passo do governo federal para a expansão da oferta de serviços públicos nesta área. E, é a Política Nacional de Saúde Bucal que concretiza a reorganização da atenção em todos os níveis, visando a integralidade. Porém, a integralidade só pode ser garantida aos usuários se esse nível de atenção assumir a responsabilidade pela coordenação de ações e garantir a continuidade do cuidado. Assim, esta dissertação teve como **OBJETIVO:** Avaliar a coordenação do cuidado das equipes de saúde bucal do Brasil a partir dos dados do II ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os **MÉTODOS** utilizados foram: Estudo transversal, normativo, quantitativo, a partir dos dados do segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB, especificamente o questionário de avaliação do módulo VI - entrevista com o profissional de saúde bucal. O atributo Coordenação do Cuidado foi analisado através do desdobramento de suas quatro subdimensões, conforme definições da Atenção Primária à Saúde, que foram as seguintes: Continuidade Informacional, Ordenamento dos Fluxos Assistenciais, Acesso a Consultas/Exames Especializados, Comunicação direta entre Serviços de Atenção Básica e Atenção Especializada. Na análise as equipes de Saúde Bucal foram agrupadas por subdimensão com base nas regiões geopolíticas, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Cobertura da Saúde Bucal. A avaliação das equipes de saúde bucal obedeceu ao seguinte critério: adequação de 100% somente quando todos os padrões de qualidade eram atendidos. Os **RESULTADOS:** Revelaram a baixa adequação da Coordenação do Cuidado e Atenção à Saúde Bucal em todo país. Das quatro subdimensões somente o Ordenamento de fluxos assistenciais teve o alcance de um pouco mais de 50%, nas demais subdimensões a adequação das equipes foi pequena, sendo o menor percentual de adequação na subdimensão Continuidade Informacional, com 1,5% apenas. Ao considerar as variáveis de contexto, os melhores percentuais de equipes adequadas foram em municípios com IDH-M maior que 0,70 e em municípios com cobertura de saúde bucal menor que 100%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O atual modelo de atenção à saúde bucal tem como característica principal a integração da informação e gerenciamento do cuidado, no entanto ao analisar os números do PMAQ-AB (II Ciclo) percebe-se que este processo está muito aquém do ideal de “adequação” para a Coordenação do Cuidado na Saúde Bucal do Brasil.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Atenção à Saúde Bucal; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; Coordenação do Cuidado.



## ABSTRACT

The inclusion of oral health in the Family Health Strategy in the year 2000 was the first step of the federal government to expand the provision of public services in this area. And, it is the National Oral Health Policy that concretizes the reorganization of care at all levels, aiming at completeness. However, completeness can only be guaranteed to users if this level of attention takes responsibility for coordinating actions and ensuring continuity of care. The aim of this dissertation was to evaluate the coordination of the care of oral health teams in Brazil, based on data from the second cycle of the Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). The METHODS used were: Cross-sectional, normative and quantitative study, based on data from the second PMAQ-AB evaluation cycle, specifically the module VI evaluation questionnaire - interview with the oral health professional. The attribute Coordination of Care was analyzed through the unfolding of its four sub-dimensions, according to Primary Health Care definitions, which were as follows: Information Continuity, Care Flow, Access to Specialized Consultations / Exams, Direct communication between Basic Attention Services and Specialized Attention. In the analysis the Oral Health teams were grouped by subdimension based on the geopolitical regions, Municipal Human Development Index (HDI) and Oral Health Coverage. The evaluation of the oral health teams obeyed the following criterion: 100% adequacy only when all quality standards were met. RESULTS: They revealed the low adequacy of the Coordination of Oral Health Care and Care in every country. Of the four sub-dimensions only the Order of care flows reached a little more than 50%, in the other subdimensions the adequacy of the teams was small, being the smallest percentage of adequacy in the subdimension Information Continuity, with only 1.5%. When considering the context variables, the best percentages of adequate teams were in municipalities with HDI-M higher than 0.70 and in municipalities with oral health coverage lower than 100%. FINAL CONSIDERATIONS: The main characteristic of oral health care is the integration of information and care management. However, when analyzing the PMAQ-AB numbers (II Cycle), it is perceived that this process is far from ideal. "Adequacy" for the Coordination of Oral Health Care in Brazil.

**Keywords:** Health Assessment; Oral Health Care; Program for Improving Access and Quality of Primary Care; Coordination of Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

AMAQ Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade

AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS Atenção Primária à Saúde

APSS Atenção primária à Saúde Seletiva

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

CEP Conselho de Ética em Pesquisa

DAB Departamento de Atenção Básica

ESF Estratégia Saúde da Família

EAB Equipe de Atenção Básica

ESB Equipe de Saúde Bucal

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

ILMD Instituto Leonidas e Maria Deane

MS Ministério da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PAB Piso de Atenção Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIA Programa de Inversão da Atenção

PMAQ-AB Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNSB Política Nacional de Saúde Bucal

PSF Programa Saúde da Família

RAS Redes de Atenção à Saúde

SB Saúde Bucal

SESP Serviço Especial de Saúde Pública

SF Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREG Sistema de Regulação

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Modelo conceitual de coordenação do cuidado proposto por McDonald et al. (2014).....	29
Figura 02 – Percentual de equipes adequadas e não adequadas por subdimensões da coordenação do cuidado na SB.....	51
Figura 03 – Percentual de equipes adequadas segundo as subdimensões da coordenação do cuidado e as variáveis de contexto: regiões do país, IDH-M e Cobertura da Saúde Bucal.....	52
Figura 04 - Percentuais de equipes que realizavam os quatro itens de qualidade da subdimensão Continuidade Informacional.....	54
Figura 05 - Percentuais de equipes que realizavam os quatro itens de qualidade da subdimensão Ordenamento dos Fluxos Assistenciais.....	59
Figura 06 – Percentual de equipes que responderam positivamente aos itens que compõem a subdimensão Acesso a Consulta/exames Especializados.....	62
Figura 07 – Percentual de equipes que responderam positivamente aos itens que compõem a subdimensão Comunicação Direta entre Serviços de AB e Atenção Especializada.....	65

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Fatos em ordem cronológica da saúde bucal no Brasil .....	35
Quadro 02	Matriz dos itens de qualidade, por subdimensão da Coordenação do Cuidado na Saúde Bucal do módulo VI do PMAQ .....	46
Quadro 03	Matriz de Pontuação dos itens de qualidade das subdimensões da Coordenação do Cuidado em Saúde Bucal .....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Resumo da Avaliação da adequação da Coordenação do Cuidado através das subdimensões e variáveis contextuais .....	76
Tabela 02 – Avaliação positiva das equipes de SB por região do país e por subdimensões da Coordenação do Cuidado.....	77
Tabela 03 – Avaliação positiva das equipes de SB por Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e por subdimensões da Coordenação do Cuidado.....	78
Tabela 04 – Avaliação positiva das equipes de SB por Cobertura das ESB e por subdimensões da Coordenação do Cuidado.....	79

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICOS .....	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1	AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	17
3.2	AVALIAÇÃO DE SAÚDE ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO NORMATIVA .....	20
3.3	A CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL .....	22
3.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E OS SEUS ATRIBUTOS.....	24
3.5	O ATRIBUTO COORDENAÇÃO DO CUIDADO .....	27
3.6	A SAÚDE BUCAL E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL .....	33
3.7	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB).....	37
3.8	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA AB (PMAQ-AB) .....	39
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>44</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO E DADOS DA PESQUISA.....	44
4.2	ÁREA DO ESTUDO E UNIDADE DE ANÁLISE .....	44
4.3	OS DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS .....	44
4.4	PREPARAÇÃO DO BANCO DE DADOS .....	45
4.4.1	Primeira fase – Identificação dos itens de qualidade referentes à dimensão da Coordenação do Cuidado na perspectiva da APS .....	45
4.4.2	Segunda fase - Como foram pontuados os itens em cada subdimensão .....	46
4.4.3	Terceira fase: Categorização das variáveis contextuais.....	48
4.5	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO .....	49
4.6	ANÁLISE DOS DADOS E PROCESSAMENTO.....	49
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	50
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
5.1	SUBDIMENSÃO 1 CONTINUIDADE INFORMACIONAL .....	54
5.2	SUBDIMENSÃO 2 ORDENAMENTO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS .....	58
5.3	SUBDIMENSÃO 3 ACESSO A CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS .....	61
5.4	SUBDIMENSÃO 4 COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA .....	64
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao incluir a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) em dezembro do ano 2000, o governo federal deu o passo inicial para a expansão da oferta de serviços públicos nesta área. Sua inserção criou a possibilidade de instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica, considerada por alguns especialistas a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (PIMENTEL et al., 2012; BRASIL, 2000).

Mas é a partir das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que se concretiza a necessidade da reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; BRASIL, 2004a), pois para a PNSB é na atenção primária que se constata as necessidades, providenciam-se os encaminhamentos exigidos em cada caso, monitora-se a evolução da reabilitação, bem como se acompanha e mantém-se a preservação da reabilitação. É nesse nível que são desempenhadas as ações de promoção, proteção e ações de recuperação da saúde, visando a integralidade do atendimento (ROCHA; GOES, 2008).

No entanto, a integralidade dos serviços da atenção primária à saúde e de atenção em saúde bucal só pode ser garantida aos usuários do sistema de saúde se assumir a responsabilidade pela coordenação de ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir a continuidade do cuidado evitando duplicação e interrupção das intervenções (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Configurada como um atributo essencial da APS a coordenação do cuidado implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços. Para tanto, as equipes necessitam para desenvolver seu trabalho: tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, registro adequado de informações e seu uso pelos profissionais dos diversos serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em essência, a coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu

retorno ao generalista (contra referência) após o encaminhamento ao profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêuticos. Para existir coordenação do cuidado deve ocorrer, portanto, a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como da atenção recebida, de modo a assegurar uma sequência ininterrupta de ações, garantindo-se a continuidade do cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O aporte financeiro e investimentos realizados na Saúde Bucal advindos do estabelecimento da PNSB, através do Programa Brasil Sorridente, trouxe, por si, a premissa da avaliação para melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde bucal ofertados à população (NEVES, 2016; ROCHA; GOES, 2008).

Nesse sentido, o uso da avaliação em saúde, sobretudo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ-AB), ao avaliar acesso e qualidade, pode incentivar a melhoria da coordenação do cuidado e atenção à saúde bucal (NEVES, 2016). Os dados coletados pela avaliação externa deste importante programa de qualidade prestam-se para a verificação da concretização do atributo coordenação do cuidado à saúde bucal, considerando ser o PMAQ-AB, um dos principais, mais atuais e amplos programas de avaliação em Atenção Básica (AB), tanto em número de equipes avaliadas, quanto em número de Unidade Básica de Saúde (UBS) visitadas e aos usuários entrevistados (LIMA, 2016).

Assim, esta pesquisa foi baseada na análise do atributo essencial da APS: COORDENAÇÃO no processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Brasil. A escolha por analisar se esse atributo está presente no trabalho das equipes conforme o preconizado, parte do pressuposto dos benefícios que o modelo de atenção à saúde bucal com base na APS proporciona à população, e à organização do sistema de saúde, tendo a APS a função de coordenadora do cuidado.

Com base no exposto, a pesquisa buscou responder a seguinte pergunta: Qual o nível de adequação do atributo da APS Coordenação do cuidado prestada pelas equipes de atenção à saúde bucal na realização das ações e serviços?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar a coordenação do cuidado e atenção das equipes de saúde bucal do Brasil a partir dos dados do II ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Avaliar a adequação das equipes de saúde bucal em relação à coordenação do cuidado;
- Analisar a associação entre as características relacionadas ao sistema de serviços de saúde e as demográficas dos municípios do Brasil e a adequação da coordenação do cuidado das equipes de saúde bucal.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A avaliação é um campo de estudo que vem passando por importantes transformações ao longo dos anos, sendo difícil enquadrá-lo em um único conceito. Sua polissemia vem dos múltiplos sentidos e interpretações, que por muitas vezes depende da concepção do próprio agente avaliador (usuário, gestor, profissional de saúde) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A diversidade de definições também é justificada pela evolução de diferentes concepções que aconteceram no decorrer do tempo, além dos avanços teóricos e dos novos métodos que permitiram o desenvolvimento de avaliações cada vez mais completas (DUBOIS et al., 2011).

Na busca pela compreensão desta evolução Guba e Lincoln (1989) identificaram as diferentes concepções acompanhadas em uma linha do tempo, assim dividiram a história da avaliação em quatro estágios ou gerações não excludentes, mas complementares entre si. Sendo cada uma delas importante para o desenvolvimento e para as mudanças conceituais e políticas no estudo desse campo, conforme descritas a seguir (DUBOIS et al., 2011):

1. **Primeira geração:** Foi dividida em dois períodos, o Reformismo (1800-1900) e a Eficiência e Testagem (1900-1930). Durante este período muitas avaliações começaram a ser realizadas, principalmente na área da educação. A principal característica deste estágio foi usar a medida como base. A partir de 1920 inicia-se um momento de renovação, onde as avaliações começaram a ser utilizadas para questionar programas e políticas públicas de saúde.

2. **Segunda geração:** Conhecida como a Idade da Inocência (1930-1960). Neste estágio, a eficácia de um programa não depende somente do indivíduo que dele participa, mas de um conjunto de outros elementos ligados à estrutura, surgindo assim a avaliação de programas (avaliação normativa). Desse momento então os aspectos qualitativos passam a ser valorizados, visto que até aqui somente os quantitativos tinham espaço. O avaliador deixa de ser somente técnico e passa a descrever os programas, para assim compreender suas estruturas e conteúdos.

3. **Terceira geração:** Dividida em dois momentos, o da Expansão (1957-1972) e o da Institucionalização (1973-1990). Neste estágio o avaliador assume o papel de juiz, tem a responsabilidade de explorar toda informação para assim atestar o mérito de programas de saúde. A avaliação passa a receber maior legitimidade, ocorrendo sua profissionalização e institucionalização como disciplina.

4. **Quarta geração:** Conhecida como a geração das Dúvidas (desde 1990). É caracterizada pelo fim da disputa entre os defensores dos métodos qualitativos e quantitativos, pois aqui se admite as abordagens pluralistas e o avaliador faz o papel de moderador.

Dentre as quatro gerações muitos conceitos para a avaliação são aceitos. Hoje um dos mais utilizados é o de Contandriopoulos et al. (1997), por integrar os vários tipos de avaliações existentes, que consiste em:

Fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p.31).

Assim, enquanto o campo da avaliação vivia a Idade da Inocência (segunda geração) o mundo experimentava o fim da Segunda Guerra Mundial. Foi neste momento que o Estado substituiu o mercado passando a desempenhar ações nas áreas de educação, social, emprego e saúde. Surgindo então o conceito de avaliação dos programas públicos, com objetivo de encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação em saúde ou de programas de saúde surge com o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios, de subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e ainda mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas (BRASIL, 2005). Conforme Champagne et al. (2011a) os decisores veem na avaliação um mecanismo para responder às suas necessidades de informações, que justifiquem as suas escolhas, confirmando o propósito fundamental da avaliação em saúde citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Com base no exposto, é de suma importância integrar a avaliação em um sistema organizacional, para que o comportamento deste seja influenciado. Conforme Hartz (2002) este processo chama-se institucionalização da avaliação. Portanto, cabe aqui retratar historicamente de que forma a avaliação em saúde foi institucionalizada no Brasil.

Primeiramente a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a estimular a utilização de práticas avaliativas nos serviços de saúde após a declaração de Alma-Ata, porém esses incentivos ocorreram tardiamente no Brasil. Conforme a pesquisa de Furtado e Vieira-da-Silva (2014), os motivos estavam atrelados principalmente ao autoritarismo do estado, que inibia a participação popular nas decisões de governo, associado à inabilidade da população em reivindicar mudanças nas políticas públicas de saúde do país.

Assim, o interesse em realizar avaliações de programas de saúde no Brasil foi influenciado por três processos sociais: a implantação do SUS, que resultou em políticas que necessitavam da avaliação dos seus resultados, a constituição da Saúde Coletiva, que juntou pesquisadores e gestores em torno deste tema, e os financiamentos de instituições internacionais, que exigiam a avaliação de projetos para a realização de repasses (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Vale ressaltar que até o final dos anos 80 a avaliação em saúde constituiu no interior da Saúde Coletiva um espaço vinculado e submetido às áreas de política e planejamento. Só a partir dos anos 90 passa a ter autonomia, diferenciando-se e especializando-se, esboçando contornos próprios e se destacando de outras áreas que integram a Saúde Coletiva. Assim, a avaliação em saúde torna-se objeto de interesse específico de gestores dos níveis municipal, estadual e federal do SUS com o objetivo de dar suporte aos processos decisórios, e de pesquisadores em distintas universidades (AKERMAN; FURTADO, 2015).

Em 2005 o Ministério da Saúde ainda considerava os avanços da avaliação em saúde no Brasil incipientes, sendo pouco incorporados às práticas, com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo, e pouco subsidiava o planejamento e a gestão (BRASIL, 2005). O levantamento bibliográfico realizado por Santos et al. (2010) identificou maior concentração de publicações com enfoque na avaliação em saúde somente entre os anos de 2008 e 2009, corroborando com a declaração do Ministério da Saúde. A concentração de estudos nesse período deu-se devido a implementação das políticas de avaliação no SUS, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), e também a intensificação dos estudos de avaliação em saúde na atenção básica, que teve a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estimuladora desse processo (SANTOS, et al., 2010).

A implementação de políticas de avaliação é uma forma de institucionalizar a avaliação nos serviços de atenção à saúde, pois o resultado do processo avaliativo visa a melhoria das ações, e não ser uma forma punitiva para os atores deste processo (BRASIL, 2010a). Segundo Felisberto (2006) e Felisberto et al. (2009), a institucionalização tem

objetivo de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais para provocar mudança nas práticas das pessoas e organizações de saúde, com a finalidade de qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações de vigilância em saúde.

Portanto, uma completa institucionalização se dá com a aceitação e o uso contínuo nas operações diárias dos serviços de saúde. Sendo a Atenção Básica a peça chave da consolidação do SUS, esta precisa ser tratada como ponto estratégico para a mobilização do potencial da avaliação em saúde (OLIVEIRA; REIS, 2016).

### 3.2 AVALIAÇÃO DE SAÚDE ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO NORMATIVA

Sabe-se que um sistema de saúde é algo complexo, devido aos problemas e as formas de resolvê-los, que são ligados às regras econômicas e alocação de recursos. Assim, a avaliação se apresenta como um ótimo recurso para responder às informações dos decisores ou gestores, e esta pode ser de dois tipos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Conforme Champagne et al. (2011a) a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita a compreensão do como e o porquê dos resultados. Já a avaliação normativa consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, os processos e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas, ou seja, ao analisar se uma intervenção corresponde à expectativa está se realizando uma avaliação normativa.

Assim, na avaliação normativa é realizado um processo de verificação da conformidade dos componentes de uma intervenção em relação a referências, checando se foi feito o que era necessário fazer, de um modo desejável e se as normas definidas foram respeitadas. Os componentes que podem ser avaliados são a estrutura (os recursos), o processo (os serviços ou atividades) e os resultados (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A avaliação normativa é o tipo mais utilizado nos processos de gestão, sendo muito abordada em textos de administração no ângulo do controle ou acompanhamento da qualidade, pois as emissões de julgamentos sobre atividades ou ações visam melhorias na realização do trabalho (CHAMPAGNE et al., 2011b; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A administração tem o foco no controle da qualidade por esta se referir ao resultado da adequação entre o processo existente e o processo requisitado. No campo da saúde a

qualidade também é um ponto importante a ser acompanhado e avaliado, visto que ela se refere ao caráter apropriado dos cuidados, aspectos técnicos e à dimensão interpessoal e organizacional (organização da oferta dos cuidados) (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Ao analisar os três aspectos isoladamente identifica-se que, a dimensão técnica tem por objetivos responder as seguintes perguntas: está fazendo o que tem que ser feito? Está se fazendo bem? Os serviços ou atividades ofertadas correspondem às necessidades dos beneficiários? Enquanto a dimensão interpessoal se refere às relações psicológicas e sociais entre os provedores de cuidados e os beneficiários, compreendendo tudo o que depende de humanização dos serviços, da cordialidade, da qualidade das comunicações (CHAMPAGNE et al., 2011b; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Segundo Champagne et al. (2011a) é na dimensão organizacional que se encontra a organização da oferta de cuidados, compreendida por cinco aspectos: globalidade, continuidade dos cuidados, acessibilidade aos serviços, integralidade e coordenação do sistema de carga. Dentre muitas perguntas que esta dimensão se objetiva a responder pode-se citar a seguinte: Os serviços estão bem coordenados?

Conforme a própria definição, a avaliação normativa tem base na verificação de conformidades em relação a alguma referência. Portanto, um ponto importante nesta avaliação é a escolha dos critérios e normas, dada a existência da riqueza de fontes. Primeiramente pode-se citar os textos oficiais como: as leis ou regulamentações, podendo ser do governo ou ainda textos de organizações não governamentais ou associações profissionais (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Outra fonte é a consulta aos indivíduos, como os especialistas no assunto em questão ou a população em geral, que neste caso recebem o nome de normas “leigas”. Segundo Champagne et al. (2011b) estes tipos de fontes podem ser questionadas, devido a opinião dos especialistas variar em função do seu nível de habilidade e a da população está ligada às suas percepções. E ainda pode ser citada mais dois tipos de fontes, que são a observação das práticas e a consulta a literatura especializada. A primeira acontece ao se comparar uma prática com o que melhor se faz na área em questão, e a segunda precisa ser trabalhada com cautela devido a credibilidade das informações disponíveis (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Em muitos estudos realizados no Brasil, observa-se a escolha por textos oficiais (leis ou regulamentações do governo) como fonte para definição dos critérios nas avaliações em saúde do tipo normativa (CARACIOLO; MELO; QUININO, 2016; VASCONCELOS et al., 2012; SANTOS et al., 2006; BRASIL, 2004b; VIDAL et al., 2001).

Portanto, dada a riqueza das fontes de normas e critérios a escolha se dará por vários motivos, como os seguintes: objetivo da avaliação, do realizador da avaliação e a filosofia que dá base à intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011b). Nesta pesquisa o critério e norma utilizado foi o texto oficial Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004).

### 3.3 A CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

O início da Avaliação em Saúde Bucal no Brasil conta com Chaves (1986) sendo um dos primeiros autores a propor conceitos, classificações e aplicabilidade deste campo no país. Para uma melhor compreensão o autor dividiu a avaliação em seis níveis, sendo os seguintes:

1. **Avaliação de esforço:** é a que mede a quantidade de inputs (entrada, insumos) utilizados por um programa odontológico. Os inputs são os recursos humanos, materiais e financeiros alocados ao programa.
2. **Avaliação da eficácia:** esta avaliação visa checar se os objetivos predeterminados são efetivamente atingidos.
3. **Avaliação da eficiência:** nesta a medida se dá através das variáveis tempo, custo e trabalho realizado.
4. **Avaliação da conveniência:** relacionada com a importância de problemas específicos selecionados para o programa e a prioridade alocada a cada um.
5. **Avaliação da adequação:** mede a extensão na qual o problema total, motivo das atividades do programa, foi solucionado.
6. **Avaliação da qualidade:** consiste em utilizar especialistas para examinar, direta ou indiretamente, os trabalhos executados e contrastá-los com padrões de desempenho aceitáveis. É considerado o nível de maior importância em programas odontológicos, existindo três tipos de abordagens de operacionalização: a análise dos registros clínicos (auditoria), a observação direta de um profissional por um colega bem qualificado e os estudos de comportamentos e opiniões.

Mesmo sendo o nível de maior importância a avaliação da qualidade de serviços e ações em saúde bucal no Brasil é objeto recente de pesquisas. Conforme o estudo de Colussi e Calvo (2012) a maioria das pesquisas publicadas ocorreram a partir de 2002. Acredita-se que um dos motivos deste recente interesse se deve à procura de respostas aos questionamentos por parte de pesquisadores, gestores e profissionais quanto aos impactos promovidos pela

reorganização das ações em saúde bucal após sua inclusão na Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOBRINHO et al., 2015).

Colussi e Calvo (2012) consideraram ainda escassos os estudos na literatura referentes à avaliação da atenção em saúde bucal. Eles relacionaram essa incipiente utilização da avaliação à tímida participação dos indicadores de saúde bucal no rol de indicadores de monitoramento e avaliação, como o Pacto do biênio 2010-2011, onde nenhum indicador de saúde bucal foi incluído na Portaria no 2.669 de 3 de novembro de 2009, sendo três indicadores inclusos somente em 2012.

Conforme Narvai e Frazão (2017), as avaliações dos serviços e programas de saúde são consideradas desafio permanente aos profissionais, tanto da iniciativa privada como no setor público, e estas iniciativas são ainda menores quando se referem aos problemas de saúde bucal de interesse em saúde pública. Para estes autores a área odontológica se apresenta, historicamente, como uma verdadeira “caixa preta”.

No entanto para Goes et al. (2012), mesmo havendo na área da Saúde Bucal uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos, ainda pode-se identificar estudos avaliativos realizados com as seguintes temáticas: avaliação de modelos de atenção em saúde bucal, avaliação sobre serviços de atenção básica, estudos sobre o papel dos serviços odontológicos no que se refere ao perfil de demanda, e estudos de qualidade de serviços odontológicos, especificamente sob a ótica do usuário.

Dos estudos avaliativos os mais frequentes são os de percepção ou satisfação dos usuários, porém são os mais questionados, devido aos métodos e as análises dos dados. No levantamento de Colussi e Calvo (2012), este tema representou mais da metade dos estudos analisados, sendo o acesso o maior influenciador da satisfação. Enquanto ocorre excesso de estudos com enfoque na satisfação dos usuários, pode-se citar a falta de informações sobre outros tipos de avaliação, como a coordenação da atenção ou do cuidado. Nos poucos estudos publicados, por exemplo o de Chaves et al. (2010), o tema é abordado dentro da integralidade das ações de cuidado.

D’Avila (2016) reforça essa carência ao afirmar que na saúde bucal existem poucos estudos que se propõem a avaliar de forma sistemática a APS no Brasil, e também poucos trabalhos com enfoque na resolutividade do cuidado, que é importante para o alcance do atributo integralidade nos serviços de saúde bucal da APS.



Existem também poucos estudos que se dediquem a avaliar a atenção secundária em saúde bucal no Brasil, sendo os de Figueiredo e Góes (2009) e Freitas et.al. (2016) uns desses estudos que avaliaram em momentos diferentes a situação no Nordeste. Após a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) através da Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente) em 2004, a atenção secundária ganha espaço na saúde bucal visando a continuidade e a integralidade do atendimento. Portanto avaliar a interface entre os níveis de complexidade da atenção se faz necessário.

Assim, a importância do uso da ferramenta avaliativa é revelada quando muitos problemas da saúde bucal foram identificados através de avaliações publicadas, como: a precarização das relações de trabalho, baixo número de profissionais que trabalham em equipe, dificuldade de mudança do processo de trabalho, baixo comprometimento dos profissionais, impedindo a criação de vínculo, inadequação do sistema de referência e contra referência, não realização ou não utilização de diagnósticos epidemiológicos como instrumentos de trabalho dos profissionais, problemas de infraestrutura, baixa qualidade de registros da produção odontológica (COLUSSI; CALVO, 2012).

### 3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E OS SEUS ATRIBUTOS

A primeira referência sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi identificada em 1920 através da publicação do Relatório Dawson, no Reino Unido. O desenho desse modelo de atenção se baseava nos centros de saúde que funcionariam como a porta de entrada em cada território. Este foi o primeiro documento a discutir a territorialização e articulação entre saúde pública e atenção individual, trouxe ainda as concepções dos níveis de atenção como: porta de entrada, vínculo, referência, coordenação pela APS e integração. Apresentou também um sistema hierarquizado nos níveis de atenção, uma rede regionalizada baseada na coordenação entre a medicina preventiva e curativa (AGUIAR, 2003; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Mas é a partir da Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata no ano de 1978, que a APS se tornou referência para reformas de saúde. Em consequência inspirou a Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) a lançar em âmbito mundial a Estratégia Saúde para Todos no Ano 2000, ratificando a Declaração de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No entanto, alguns países preocupados com a questão econômica que envolveria a implantação da APS realizaram uma segunda conferência, onde definiram uma nova proposta chamada Atenção primária à Saúde “Seletiva” (APSS), negligenciando o que fora proposto anteriormente. Assim, uma cesta básica de serviços e ações de saúde simples e de baixo custo foram criadas, sendo amplamente difundida devido ao fator financeiro (FRANCO, 2007).

Estas mudanças alteraram o desenho inicial da APS que foi desenvolvida para ser um modelo de atenção à saúde abrangente. Para Giovanella e Mendonça (2012), a APS representa o primeiro nível de contato, mas não se restringe a este, deve estar integrada ao processo permanente da assistência integral, incluindo a prevenção, promoção, cura e reabilitação, enfatizando ainda a necessidade de ações de outros setores.

Assim, a necessidade de fortalecimento do desenho inicial da APS é identificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que recentemente criaram dois documentos apoiadores do conceito original. O primeiro foi em 2007, documento chamado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” e no ano seguinte foi publicado o Relatório Mundial de Saúde chamado de “Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008; OPAS/OMS, 2007).

O primeiro documento destacou a importância de uma abordagem integrada e horizontal para o alcance da universalidade, abordou ainda a qualidade nos cuidados, intersetorialidade, participação social e a responsabilização dos governos (OPAS/OMS, 2007). O segundo documento destacou o papel da APS como coordenadora do cuidado, para que esta fosse capaz de dar respostas integrais em todos os níveis de atenção, através de ações que visem à universalidade e a participação social, colocando a centralidade na pessoa e em suas necessidades de saúde (OMS, 2008).

Além da mudança do desenho ocorrida pode-se citar a pluralidade conceitual como outro ponto de discussões na APS, Starfield (2002) relata que vários debates surgiram na tentativa de enquadrá-la em um único conceito. O documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” relaciona quatro tipos de abordagens da APS, que apresentam diferenças quanto aos enfoques sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde, são elas (OPAS/OMS, 2007):

**1. APS seletiva (selective primary care):** dar ênfase aos serviços de saúde restritos à população muito pobre, abrange programas específicos e seletivos com cesta restrita de

serviços. O enfrentamento de problemas de saúde é limitado, sendo aplicada principalmente nos países em desenvolvimento. A maior parte das ações é dirigida ao grupo materno-infantil.

**2. APS como primeiro nível de atenção (primary care):** como porta de entrada no sistema de saúde local para a maioria das pessoas em grande parte do tempo. Caracterizada pela oferta de serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, desenvolvimento de ações de caráter preventivo e serviços clínicos para toda a população.

**3. APS abrangente ou integral (comprehensive primary healthcare):** com ênfase na organização dos sistemas de atenção à saúde e promoção, APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e participação social. O alcance da integralidade se dá através dos princípios fundamentais: enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, acesso e cobertura universal com base em necessidades, participação comunitária, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente de recursos.

**4. APS como enfoque em saúde e direitos humanos:** esta tem ênfase nos processos emancipatórios, setores sociais e saúde. APS como parte da compreensão da saúde como direito humano, abordagem dos determinantes sociais e políticos de saúde, defesa de políticas de desenvolvimento inclusivas e políticas que promovam a equidade em saúde.

No Brasil a APS abrangente ou integral é bastante difundida, foi neste tipo de APS que Starfield (2002) desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados. Esta abordagem considera a existência de características específicas da APS, os chamados atributos. O respeito a esses atributos faz uma APS ser considerada forte ou de qualidade. No total os atributos são seis, sendo classificados em essenciais e derivados. Os essenciais são (STARFIELD, 2002):

1. **Primeiro contato:** é a porta de entrada ao serviço de saúde, a acessibilidade, a população identifica como o primeiro a ser procurado em uma necessidade, ou seja, o uso do sistema a cada novo problema.
2. **Longitudinalidade:** caracterizada pelo vínculo interpessoal entre os usuários e os profissionais, é a existência de uma fonte regular de atenção com o objetivo de reduzir encaminhamentos desnecessários a outros níveis de complexidade.
3. **Integralidade:** a atenção primária deve fazer arranjos para que o usuário receba todo tipo de serviço de atenção à saúde, se refere a existência de rede de serviço hierarquizada descentralizada com todos os níveis de complexidade.

4. **Coordenação do cuidado:** garantir a continuidade da atenção em qualquer ponto da rede de assistência, tem relação com a comunicação que pode se dar por prontuários ou sistemas, de forma que garanta a continuidade do cuidado. É o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário.

Segundo Starfield (2002) os quatro atributos essenciais descritos acima são conceitualmente distintos, porém quando são colocadas em uso na prática a sobreposição torna-se evidente. Já os atributos derivados são:

1. **Cuidado centrado na família e orientado para comunidade:** o sujeito da atenção é a família, conhecer de forma integral os problemas de saúde e assim associar as necessidades familiares e da comunidade em relação ao contexto sociocultural e econômico. Este atributo pode ser dividido em família e comunidade, para uma melhor aplicação de ações.
2. **Competência cultural:** cada população possui características culturais próprias, os profissionais de saúde precisam se adaptar para assim manter a relação com os usuários.

Teoricamente o elemento estrutural de cada atributo deveria estar relacionado a um elemento processual. Por exemplo, um acesso melhor deve levar a uma melhor utilização para cada problema novo de saúde. Porém na prática há pouca pesquisa que teste especificamente a teoria (STARFIELD, 2002).

Vale ainda aqui ressaltar que, enquanto a literatura internacional usa o nome Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil se convencionou a utilização do termo Atenção Básica (AB). Sendo oficializada pelo governo brasileiro por meio da denominação de secretarias e documentos oficiais, como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2017; 2006a; 2006b).

### 3.5 O ATRIBUTO COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A partir da conferência de Alma Ata a importância da APS como organizadora dos sistemas de saúde ganha grande destaque, porém nos recentes movimentos de reforma esta

importância passa de organizadora apenas para ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (ALMEIDA, 2010).

A coordenação do cuidado e atenção é importante para a obtenção dos outros atributos. Sem ela a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato se tornaria uma função puramente administrativa (STARFIELD, 2002). Segundo Almeida (2010) a coordenação do cuidado é o atributo fundamental da APS, o elemento central da integração e organização do sistema.

De acordo com os dicionários coordenação significa: organização, ação de coordenar, de organizar, de concatenar vários elementos, atividades ou serviços. Starfield (2002) usa o termo “juntando tudo” ao se referir à coordenação da atenção, pois ela integra os sistemas de saúde e a qualidade do cuidado. Ela requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual).

Em se tratando de definição, existem muitas para a coordenação do cuidado, Aleluia et al. (2017) elaboraram uma com base em uma revisão da literatura internacional e a apresentaram da seguinte forma :

Um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contra referenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (ALELUIA *et al.*, 2017).

Segundo Mendes (1993), a Coordenação do Cuidado é definida como a articulação de modo sincronizado entre os serviços de saúde, que tem como finalidade garantir um cuidado contínuo do indivíduo em qualquer ponto da rede de assistência. Para a literatura internacional, coordenar significa estabelecer conexões com intuito de alcançar o objetivo de atender às necessidades dos usuários na oferta de cuidados, primando pela qualidade. É organizar as atividades que envolvem duas ou mais pessoas e o manejo de recursos para assim produzir uma oferta adequada do cuidado (MCDONALD *et al.*, 2014).

Para uma melhor compreensão, McDonald et al. (2014) desenvolveu uma ilustração para mostrar o sentido da coordenação do cuidado (Figura 1). Nela, o objetivo da coordenação está no centro do diagrama enquanto os participantes, cenários e/ou informações importantes no fluxo relacionado ao cuidado são representados pelos círculos coloridos. O anel (círculo)

que conecta os diversos círculos coloridos é a coordenação do cuidado, reafirmando aquilo que Starfield (2002) chamou de “juntando tudo”.

Segundo McDonald et al. (2014), quanto mais fragmentado for o sistema e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema maior será o nível de coordenação necessário para o alcance dos resultados desejados. Por isso a coordenação precisa ser vista como um processo dinâmico, que se adeque às especificidades e complexidade de cada sistema.

Daí a necessidade da construção de redes dinâmicas que produzam ações de saúde com a exigência de cooperação dos atores envolvidos, é justificada para que possam resultar na integração das ações e serviços de saúde (ALMEIDA, 2010). De acordo com a PNAB, uma função das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é “coordenar o cuidado por meio da incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado. Esses dispositivos incluem listas de espera, encaminhamentos para consultas especializadas, exames e procedimentos, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado” [...] (BRASIL, 2012, p.26).

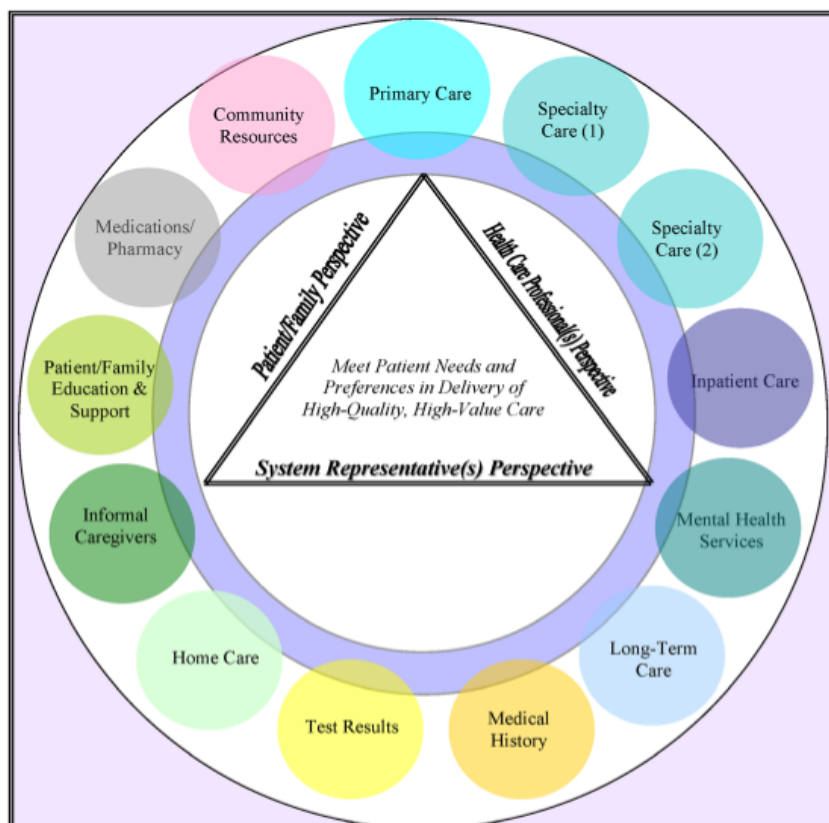


Figura 01 - Modelo conceitual de coordenação do cuidado proposto por McDonald et al. (2014)

Almeida (2010) relata que mesmo existindo distintas percepções com relação à coordenação do cuidado, a mais conhecida e adotada no Brasil é a que se refere à coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde, que podem se dar em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical). A coordenação dos níveis assistenciais assegura a continuidade da atenção, pois os diversos serviços e ações de saúde devem acontecer de forma sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum e independentemente do local onde sejam prestados, objetivando assim, ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Porém coordenar os níveis assistenciais não é algo simples. Segundo Gérvas e Rico (2005), as relações de coordenação num mesmo nível de atenção são menos conflitivas do que aquelas entre diferentes níveis, pois estas exigem, para sua resolução, definição de tarefas e até redefinição do desenho organizacional. Isso justifica a importância de orientações aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos, para que estes possam encontrar o caminho através do sistema de saúde. O direcionamento só ocorre se existir coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção (MENDES, 2011).

A movimentação do usuário dentro da rede para o recebimento do cuidado marca o conceito da continuidade. Porém, muitas vezes, este é confundido ou igualado com a longitudinalidade. A longitudinalidade se refere à presença e o uso de uma fonte habitual de atenção no decorrer do tempo, já a continuidade é a sequência de consultas nas quais há um mecanismo de transferência de informações. É necessária esta distinção para a melhoria do processo de pesquisa e de acúmulo de conhecimento (STARFIELD, 2002).

A continuidade do cuidado conta com uma divisão que pode ser relacional ou informacional. A continuidade que se refere à relação do profissional de saúde com o paciente está ligada ao atributo longitudinalidade. De acordo com a abordagem dada à coordenação do cuidado por Starfield (2002) a continuidade informacional é imprescindível para esta, pois consiste nas informações disponíveis oportunamente (independente do prestador) e na comunicação entre os envolvidos no cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Para Starfield (2002) a análise de três itens é importante para o alcance da coordenação do cuidado e atenção, são eles:

1. **Mecanismo para a continuidade:** programa e os registros são as fontes desta informação, deve-se levar em consideração a continuidade do profissional ou equipe, a pronta disponibilidade dos prontuários e a fácil localização.
2. **O prontuário:** este será a outra fonte de informações, deve ser examinado para reconhecimento das informações das consultas anteriores.
3. **Encaminhamentos para consultoria ou atenção continuada:** uso de um sistema organizado para encaminhamento e para localização de informações referentes aos resultados do encaminhamento e o reconhecimento documentado de seus resultados.

A continuidade, integração e coordenação são processos inter-relacionados e interdependentes, importantes na realização do cuidado. Starfield (2002) descreve o atributo da coordenação como “integração” da atenção, estando relacionado à continuidade da atenção entre profissionais, especialmente por meio de ferramentas de comunicação. As ferramentas são importantes para o acompanhamento na continuidade da atenção entre profissionais. Existem três formas de comunicação dentro da coordenação do cuidado, que são: dentro da APS, quando o usuário é visto por vários profissionais; com especialistas, usuário recebe intervenções de curta duração; com especialista para paciente crônico, o acompanhamento pelo especialista dura um longo período (STARFIELD, 2002).

Atingir a alta coordenação do cuidado não é tarefa simples. Conforme Starfield (2002) poucos sistemas de saúde conseguem, principalmente quando se tenta medir a comunicação entre profissionais da APS e profissionais especialistas. Estudos brasileiros citam esta dificuldade, como os de Fausto et al. (2014) e Magalhães Junior e Pinto (2014), que utilizaram os dados do PMAQ-AB de 2012 (I ciclo) e encontraram resultados insatisfatórios na coordenação do cuidado na atenção básica. Os estudos mostraram que apesar de existir a central de regulação, a quantidade de equipes com continuidade informacional entre atenção básica e atenção especializada por prontuário eletrônico é mínima e a comunicação entre os profissionais é de baixa frequência.

Conforme Lima Júnior (2016) na saúde bucal pouco se tem pesquisado sobre integração e coordenação entre os serviços de atenção primária e secundária. Entre estes poucos estudos está o de Godoi, Mello e Caetano (2014) que, abordou esta temática inclusa em rede de atenção bucal e integralidade no Estado de Santa Catarina. O estudo revelou alguns municípios apresentando pouca integração entre os serviços de saúde bucal, atuando de forma bastante desarticulada. Outros oferecendo serviços de saúde bucal organizados, de



modo a seguir os pressupostos de uma rede regionalizada com a atenção básica pautada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e com possibilidades de coordenar a atenção à saúde.

O estudo de Lima Júnior (2016) sobre a integração e coordenação no Rio de Janeiro identificou centrais reguladoras que controlam as consultas nos diferentes níveis de atenção da saúde bucal, os instrumentos de integração mais mencionados foram os formulários de encaminhamento (guias de referência e contra referência), mostrando que, apesar do uso das tecnologias de informação na saúde, ainda é prevalente o uso de “cartas de encaminhamento” entre os serviços odontológicos de APS e atenção especializada.

A necessidade crescente de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por profissionais de diferentes especialidades justifica a coordenação do cuidado, pois se esta for inadequada pode resultar não só em necessidades não atendidas, mas também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações ou até medicalização excessiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Segundo Feo et al. (2006), a falta de coordenação entre APS e atenção especializada pode favorecer erros de diagnóstico e tratamento, refletindo em consequências graves para os pacientes, principalmente aqueles que sofrem de patologias crônicas, o que provoca também uma visão negativa com relação ao funcionamento do sistema de saúde.

Para Almeida (2010), a capacidade de coordenar o cuidado é afetada pela integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os profissionais, devido à existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde. Ao coordenar a atenção, ocorrem melhorias na qualidade da prestação do cuidado, pois as barreiras de acesso são reduzidas, integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde (ALELUIA et al., 2017).

Portanto, são muitos os aspectos positivos ligados à coordenação e continuidade do cuidado, como os seguintes: diagnósticos precoces; acompanhamento qualificado; melhoria na receptividade às ações de prevenção; prevenção de complicações; redução de internações; redução do uso da emergência; maior adesão do paciente ao tratamento; menos erros no diagnóstico; redução no uso de recursos e redução dos números de testes de laboratórios.

### 3.6 A SAÚDE BUCAL E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

No Brasil, o termo Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são comumente usados como sinônimos. Segundo Giovanella e Mendonça (2012), o Brasil com intuito de se diferenciar da APS Seletiva adotou a designação “atenção básica”, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, com objetivo de responder à maior parte das necessidades de saúde da população.

A regulamentação da AB como porta de entrada dos serviços de saúde deu-se em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha o intuito de aumentar a acessibilidade ao sistema, implantar atividades de prevenção e promoção de saúde, levar os serviços de saúde para as regiões mais pobres, tornando assim o agente de saúde o elo dos serviços de saúde com a comunidade (BRASIL, 1997).

Pode-se dizer que o PACS antecedeu o Programa saúde da família (PSF), que em 1994 foi criado com intuito de estimular a reorganização da atenção em âmbito local, tendo por foco as famílias vulneráveis. Porém no período de 1998 a 2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da atenção básica para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS, visando à universalização (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida como importante indutor de mudanças no modelo assistencial. Partindo de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, possibilitando intervenções que vão além de práticas curativas, incorporando os princípios do SUS e os atributos da atenção primária (BRASIL, 2001). O marco diferencial é a proposta de trabalho em equipe multiprofissional, que atue em uma perspectiva interdisciplinar, com objetivo de propiciar melhoria na qualidade da assistência e aproximar-se de uma visão mais integral das pessoas (SORATTO et al., 2015).

Assim, conforme o crescimento do programa, as equipes atuantes sofreram mudanças. No início eram compostas apenas por médico e enfermeiro, em 1997 foram incorporados o auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Mesmo já existindo um movimento em prol da inclusão da equipe odontológica no programa, a equipe mínima não contava com estes profissionais, que só passaram a fazer parte no ano 2000 (CHAVES et al., 2010).

Até chegar a inclusão na ESF a saúde bucal percorreu um longo caminho, e manteve relação direta com a história da política econômica, tendo as políticas públicas como pano de fundo. Com base na pesquisa de Ely, Carvalho e Santos (2009) no quadro 01 foram apresentados os principais fatos em ordem cronológica das políticas públicas de saúde bucal no Brasil.

ANO	Fato
1911	- Criação dos primeiros cargos de cirurgiões-dentistas na administração pública paulista, atendimentos de cidadãos sob custódia do Estado.
1923	- Sanitarismo Campanhista; - Primeira forma organizada de sistema previdenciário, criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP); - Primeiros relatos de uma tímida oferta de serviços de saúde bucal nas CAP.
<b>Década de 30</b>	- Expansão econômica no país (indústria); - Saúde do trabalhador centro da atenção; - Criação dos IAP (Institutos de Assistência e Previdência); - Política de saúde bucal com ações curativas voltadas às gestantes, pré-escolares e escolares.
<b>Década de 50 e 60</b>	- Criado o Ministério da Saúde (1953); - Início do Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia; - Implementação pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) do Sistema Incremental de Atenção ao Escolar; - Início da fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, em Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES). <b>(Modelo Incremental)</b>
1957	- Lei Estadual nº 3125, obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público no Estado do Rio Grande do Sul, iniciativa pioneira no Brasil.
1964	- Inclusão da prevenção da cárie dentária pelo uso do flúor no Plano Nacional de Saúde Pública.
<b>Década de 70</b>	- Crise no modelo de saúde pública por descrédito da população; - Intensificação do Movimento pela Reforma Sanitária; - Sistema Incremental ganhou dimensão nacional, atenção odontológica voltada aos escolares de 7 a 14 anos; - Intensificação do emprego de medidas preventivas; - Utilização de pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos.
1974	- Lei Federal 6050 obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público em todo o país.
1976	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) ambulatorial, com oferta de ações de saúde bucal.
1978	- Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata; -expansão do PIASS a todo o território nacional.
<b>Década de 80</b>	- Movimento da Reforma Sanitária ganha força; - Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) no DF adota a odontologia simplificada; - PREVSAÚDE propôs a efetivação da saúde bucal como uma das cinco principais ofertas das unidades de saúde; - Saúde bucal marcada pela corrente preventivista escandinava, impulsionando o setor público ações de prevenção individual e coletiva. <b>(Odontologia Simplificada)</b>
1983	- Surgimento de programas de saúde baseados nos princípios da reforma sanitária incluindo o programa de odontologia simplificada.
1986	- VIII Conferência Nacional de Saúde que estabeleceu as bases para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro; - Realizada I Conferência de Saúde Bucal que afirmou a odontologia como parte integrante e inseparável da saúde geral <b>(Modelo Integral)</b> ; - Criação pelo MS da Área Técnica de Saúde Bucal; - Primeiro Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do País, denominado “Brasil, Zona Urbana”.
1987	- Criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), antecedeu o SUS, fusão das secretarias estaduais de saúde com as diretorias regionais do INAMPS; - Na saúde bucal não significou um grande avanço, manutenção do Sistema Incremental para os escolares do 1º grau.
1988	- Constituição Federal que cria o Sistema Único de Saúde e define a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”;- Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde programou pela primeira vez, em nível nacional, uma política específica para a odontologia, o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária – PRECAD. <b>(Modelo inversão da atenção)</b>
1989	- Portaria 22/89, normatizou a produção brasileira de creme dental fluoretado. Esta norma propiciou a presença de flúor em aproximadamente 95% dos dentífricos comercializados no país.

<b>Década de 90</b>	- Sistema Único de Saúde - SUS é regulamentado e implantado em todo território nacional.
1990	- SUS regulamentado pelas leis 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e 8142, que estabeleceram os princípios organizacionais do sistema: hierarquização, participação popular e descentralização.
1991	- Criação dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal (PC I, PCII e PCIII). Os PC reforçaram as ações de caráter preventivo nos serviços públicos municipais, além de serem acompanhados de uma política especial de incentivos financeiros.
1993	- II Conferência Nacional de Saúde Bucal que propôs uma nova política de saúde bucal com efetiva inserção no SUS e que garantiu o acesso e a equidade da assistência odontológica.
1994	- Programa de Saúde da Família (PSF) apoiado pelos resultados positivos alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
1996	- Edição da NOB/96 que avançou para a municipalização da saúde e instituiu a forma de pagamento da atenção básica pela base populacional - PAB (Piso da Assistência Básica).
<b>2000</b>	- Edição da Portaria MS/GM nº. 1444 que cria o incentivo para incorporação da Equipe de Saúde Bucal no PSF. Início do Projeto SB 2000, para avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira. - A saúde bucal foi oficialmente incluída na estratégia de Saúde da Família (Portaria 1444 de 28/12/2000); - Criaram-se os incentivos para implantação das equipes de saúde bucal (ESB), vincularam-se às equipes de saúde da família (ESF) na relação de 1 ESB para 2 ESF.
2001	- A Portaria 267, de 06/03/01, regulamentou as ações das ESB na estratégia de Saúde da Família.
2003	- Divulgação do Relatório Descritivo do Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira. Nova Portaria acabou com a obrigatoriedade imposta pela relação de 1 ESB para 2 ESF.
2004	- Lançamento Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, criando os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e organizando um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor; -MS lança o Programa Brasil Sorridente como política de governo; - III Conferência Nacional de Saúde Bucal com foco no acesso e qualidade em saúde bucal, superando a exclusão social. ( <b>Modelo do Cuidado</b> )
2006	- Edição da Portaria MS/GM nº 648 que regulamentou a Atenção Básica e definiu as ações de saúde bucal nesse nível de atenção; - Lançado o Pacto pela Saúde que adotou dois indicadores para a saúde bucal (Primeira Consulta Programática e Procedimentos Coletivos).
2008	- Nova legislação federal regulamentou as profissões de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnica de Saúde Bucal (TSB), respectivamente, as antigas denominações dos ACD e THD.

Quadro 01. Fatos em ordem cronológica da evolução da saúde bucal no Brasil. Adaptação do texto POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

No quadro 01 são citados os modelos de atenção bucal que o Brasil vivenciou, estes são descritos pelo Ministério da Saúde da seguinte forma (BRASIL, 2008):

**1. Modelo incremental:** Implantado em 1951, instituído pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), foi criado nos anos 1940 por meio de um acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos para garantir as condições sanitárias no Vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce (RENOVATO; BAGNATO, 2010). Segundo Ely, Carvalho e Santos (2009) a proposta era tratar as necessidades acumuladas, realizar tratamentos completos e posteriores controles em todos os grupos etários da população.

No entanto, conforme a implantação do modelo ocorria no país a população-alvo mudou para faixa de 6 a 14 anos, os argumentos que fundamentaram essa mudança foram a maior incidência de lesões de cárie em fase inicial e o fato do grupo etário possuir disponibilidade para tratamento. Este modelo não reduziu o índice de dentes cariados,

perdidos e obturados (CPOD) da população em questão, somente transferiu os dentes cariados para restaurados (LIMA, 2017).

**2. Odontologia simplificada:** Se baseou nas práticas de medicina simplificada criada nos EUA nos anos 60, conhecida como medicina comunitária. Representou uma crítica ao modelo hegemônico biomédico, seu projeto agregou conhecimentos das ciências humanas e sociais. Baseada nos centros comunitários para desfavorecidos e marginalizados, porém manteve a assistência médica hegemônica (LIMA, 2017).

A clínica foi caracterizada pelo processo de simplificação dos equipamentos, rotinas, instrumentos, materiais e técnicas, na tentativa de aumentar a produtividade e reduzir os custos (RODRIGUES, 2010). De acordo com Mendes (1993), neste modelo foi inserido o pessoal auxiliar nas ações, com oferecimento de serviços básicos destinados às classes sociais desfavorecidas. Se colocou como um modelo prevencionista, mas na prática seu enfoque priorizou a dimensão curativa, e pode-se dizer que foi uma política excludente.

Apesar de não ter se consolidado no país trouxe ganhos importantes como: a formação e incorporação de pessoal auxiliar, o trabalho em equipe, uma nova concepção de espaços físicos, o desenvolvimento da ergonomia, a ênfase na prevenção (criação de escovários) e a educação em saúde bucal nas escolas (ELY; CARVALHO; SANTOS, 2009).

**3. Modelo integral:** De acordo com Lima (2017) este modelo é considerado o mais relevante em relação ao compromisso assumido pelo coletivo odontológico na luta do Movimento Reforma Sanitária, em 1986 na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Esperava-se uma ruptura epistemológica no modelo de educação tradicional, superando-a com a odontologia integral, porém o modelo integral privilegiou um setor populacional, o jovem.

**4. Modelo de Inversão da atenção:** Criado no fim dos anos 80 e início dos 90, deslocava o foco da cura para o controle da cárie (controle precedido de intervenção). Esse foi o fundamento do programa de Inversão da Atenção (PIA), que apostou no autocontrole com ações de caráter preventivo promocional (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Conforme Lima (2017) este modelo apresentou alguns problemas como: a culpabilização que ocorria quando o autocuidado não era realizado, o fato de não ter sido criado com base em uma concepção sistêmica para o SUS, mas em uma concepção setorial, se dedicando somente às escolas e creches e não considerando a participação comunitária.

**5. Modelo do cuidado:** Através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) o cuidado passa a ser a meta da reorientação das práticas da saúde bucal. Este processo de consolidação acontece através da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004a).

Ao analisar os modelos de atenção bucal, percebe-se que por muito tempo foram de exclusão social, primando pela supremacia da individualidade, pelo ordenamento federal de assistência privada para trabalhadores segurados e pela presença de uma assistência de livre demanda (GOMES; DA ROS, 2008).

Um fato relevante para a inclusão da saúde bucal na ESF foi a divulgação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), pois identificou cerca de 30 milhões de brasileiros que nunca teriam utilizado um serviço odontológico, tornando real e urgente a necessidade de políticas inclusivas para a saúde bucal (BRASIL, 1998).

E assim, através da Portaria N° 1444/GM as Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram incorporadas às equipes do ESF, que trouxe incentivo financeiro para esta inclusão. No início foi estabelecido a relação de 1:2, uma equipe de ESB para duas equipes do ESF, sendo alterada depois para 1:1 (BRASIL, 2000).

### 3.7 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB)

A inserção da Saúde Bucal (SB) na ESF aconteceu somente seis anos após sua criação. Segundo Zanetti (2005) este atraso não é somente cronológico, mas também conceitual para o Ministério da Saúde. Pode-se dizer que de 2000 a 2003 foi um momento de início da valorização da saúde bucal, desenvolvimento das equipes e da oferta de ações de saúde bucal na atenção básica. Momento de preparação para a expansão que ocorreria no momento seguinte (VIEIRA, 2013).

Após conclusão do levantamento epidemiológico de saúde bucal em 2003, a saúde bucal no país começa a mudar seu curso. Com a eleição do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ocorre uma articulação entre trabalhadores da área odontológica e demais profissionais de saúde, na elaboração das linhas de ação do Executivo para a saúde bucal (ALVES et al., 2012).

Durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, o objetivo principal foi identificar os problemas nesta área e desenvolver estratégias para resolvê-los, com demonstração de esforço para o desenvolvimento de um caminho melhor na política pública (BRASIL, 2004c). Assim, em 2004 o Ministério da Saúde publica as Diretrizes da

Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que recebeu o nome de Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a).

Esta propôs a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal no país, com o objetivo de aumentar a oferta de serviços odontológicos em todas as faixas etárias, ampliar e qualificar a atenção básica e assegurar atendimento em todos os níveis de complexidade com vistas a alcançar a integralidade da atenção em saúde. De acordo com a PNSB a organização do modelo se daria da seguinte forma (BRASIL, 2004a):

É fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes (BRASIL, 2004a, p. 3).

A PNSB traz ainda dez pressupostos, que são necessários à reorientação do modelo de atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004a):

1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento;
5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
8. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS;
9. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção;
10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004a, p.4).

As ações estratégicas da PNSB incluem promoção, proteção de saúde e reabilitação, sendo as seguintes: fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada,

aplicação tópica de flúor, ações de recuperação (diagnósticos e tratamentos) e ações de reabilitação (próteses) (BRASIL, 2004a).

A ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, que são características marcantes na PNSB, acontecem através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e redes hospitalares (BRASIL, 2004a). Os CEO são definidos como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, ofertando procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Narvai (2011) lembra da importância de não resumir a PNSB à ação dos CEO, pois os CEO só têm sentido se articulados em rede e integrados sistemicamente a outros níveis de atenção, sobretudo à atenção primária.

Esta política foi a norma de referência padrão nesta pesquisa. A PNSB regula a organização do modelo de atenção baseado nas linhas do cuidado, com criação de fluxos que possam direcionar ações resolutivas das ESB, indo desde o acolher, informar, atender e encaminhar. Características estas da Coordenação da Atenção ou do cuidado, servindo de referencial na avaliação da adequação desta (BRASIL, 2004a).

### 3.8 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

A atualização da PNAB em 2011 trouxe uma importante mudança no repasse de recursos para a Atenção Básica através do Piso da Atenção Básica (PAB) variável, a inclusão do componente qualidade (PMAQ-AB). Pela primeira vez vinculou-se o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB) (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica através de um padrão comparável nacional, no dia 19 de julho de 2011 foi publicada a Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, que criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como um componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para o Ministério da Saúde o PMAQ é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, almejando a permanente e progressiva



ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na AB (BRASIL, 2011a; 2011b).

De acordo com a Portaria N° 1.654 as diretrizes do PMAQ-AB são:

I – construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; II – estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III – transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV – envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V – desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI – estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pro atividade dos atores envolvidos.” (BRASIL, 2011a, p. 1).

A organização do PMAQ se dá em quatro fases, formando um ciclo contínuo na busca da melhoria do acesso e da qualidade. A primeira fase chama-se “Adesão e Contratualização”, a segunda “Desenvolvimento”, a terceira “Avaliação Externa” e a quarta “Recontratualização”, que representa o começo de um novo ciclo (BRASIL, 2011a).

Na primeira fase do PMAQ é realizada a adesão ao Programa. Ocorre a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as EAB/ESB e os gestores municipais, e estes com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação regional, estadual e participação do controle social (BRASIL, 2011a). A adesão deve ser voluntária, pois as mudanças das práticas só acontecem quando os trabalhadores e gestores sentem-se motivados e se considerem essenciais no processo. As Equipes de Atenção Básica (EAB) e as Equipes de Saúde Bucal (ESB) ao assinarem um termo de compromisso se comprometem em seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho, e após adesão o município recebe imediatamente vinte por cento (20%) do componente de Qualidade do PAB por equipe aderida (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Na segunda fase acontece o desenvolvimento das ações pelas EAB e pela gestão municipal. Esta etapa tem o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2011a). Para esta fase o Ministério da Saúde organizou quatro estratégias, são elas:

1. **Autoavaliação:** identificação pelas próprias equipes os pontos positivos e negativos do seu processo de trabalho, realizada através dos instrumentos para autoavaliação

como: “Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade” (AMAQ) e “Avaliação de Melhoria de Qualidade” (AMQ).

2. **Monitoramento:** realização de monitoramento dos indicadores propostos pelo programa, com objetivo de instituir uma prática permanente de monitoramento.
3. **Educação Permanente:** realizada de forma integrada ao cotidiano do trabalho.
4. **Apoio Institucional:** função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer gestão em saúde, é operar como forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos.

A terceira fase é a Avaliação Externa. Momento de realizar o levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB/ESB, e ainda o reconhecimento e valorização dos esforços e resultados dessas equipes e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2011a).

Nesta avaliação é gerado um escore que resultará numa certificação, onde se determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). O escore leva em conta três componentes: 10% para a realização e comprovação da autoavaliação, 20% para o desempenho da EAB/ESB dos indicadores monitorados na fase de Desenvolvimento e 70% para a avaliação externa (BRASIL, 2011a).

Neste estudo avaliamos a adequação do atributo Coordenação da Atenção ou do cuidado das equipes de saúde bucal do Brasil a partir do questionário do Módulo VI da etapa de avaliação externa. Desse modo, é importante detalhar o desenvolvimento desta fase do instrumento do PMAQ-AB.

Os instrumentos de Avaliação Externa são dois, o das Equipes de Atenção Básica (EAB) e o das Equipes de Saúde Bucal (ESB), cada um organizado nos seguintes módulos (BRASIL, 2012):

**Módulo I** – observação na UBS (EAB);

**Módulo II** – entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS;

**Módulo III** - entrevista com o usuário na UBS (neste módulo já se encontram as perguntas para as EAB e ESB);

**Módulo IV** - módulo online, que é informado pela gestão municipal e pela EAB (neste módulo o gestor já realiza para EAB e ESB)

**Módulo V** - observação na UBS (ESB);

**Módulo VI** – entrevista com o profissional da ESB e verificação de documentos na UBS.

De acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação externa possibilita reforçar práticas de cuidado, fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS, subsidiar a reconstrução das equipes respeitando suas dificuldades, considerar a avaliação do usuário, conhecer em profundidade a realidade da AB no Brasil e elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios (BRASIL, 2013).

Para a realização da avaliação externa o Ministério da Saúde conta com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa. Estas instituições organizam e desenvolvem os trabalhos de campo, selecionam e treinam as equipes de avaliadores que irão aplicar o instrumento de avaliação (BRASIL, 2013).

No instrumento de avaliação externa, em todos os módulos, existem perguntas que serão utilizadas para a certificação das equipes e perguntas que objetivam o levantamento de informações para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde (BRASIL, 2011a). As perguntas do instrumento de pesquisa são chamadas de padrões de qualidade, o Ministério da Saúde os analisou e classificou após a avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ. No II ciclo os padrões de qualidade seguem a seguinte classificação (BRASIL, 2013):

1. **Padrões obrigatórios:** são os que condicionam a permanência no Programa: Alimentação do Sistema de Informação (SIAB ou e-SUS) nos meses indicados pelo programa; Aplicação das Regras de Sinalização Externa exigida pelo MS (Totem e placa de sinalização).
2. **Padrões gerais:** padrões que atribuem menor peso na certificação em relação aos demais (estratégico, essencial e obrigatório). A equipe ganha na certificação se realiza a ação.
3. **Padrões essenciais:** são padrões com elevados percentuais de cumprimento pelas EAB, segundo dados obtidos no primeiro ciclo do PMAQ, relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. Esses padrões não acrescentarão na certificação, no entanto, a equipe que não estiver em conformidade com o padrão, perderá na

certificação. A equipe deverá alcançar um percentual mínimo dos padrões essenciais para permanecer no Programa.

4. **Padrões estratégicos:** são padrões relacionados às políticas/programas estratégicos (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial e outros). Esses padrões terão maior peso no processo de certificação.

O PMAQ busca através dos padrões de qualidade (perguntas da entrevista) avaliar todos os atributos da APS. Segundo Lima (2016), no ciclo II – módulo II, ao avaliar a coordenação do cuidado partiu do princípio que essa coordenação deve se dar por meio da incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado. Esses dispositivos incluem listas de espera, encaminhamentos para consultas especializadas, exames e procedimentos, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado. Dentre esses elementos estão a continuidade informacional (comunicação entre AB e AE), o ordenamento dos fluxos assistenciais (protocolos, encaminhamentos) e o acesso às consultas/exames especializados e a comunicação direta entre os níveis de atenção.

Conforme Pinto, Souza e Florêncio (2012) a quarta fase é a fase de conexão, de reprocessamento, de reinício, de reconstrução, ou seja, recomeçar um novo processo para que assim as mudanças sejam constantes. Segundo o programa, a cada ciclo novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, visando avanços na direção do que se espera (BRASIL, 2011a).

Portanto, o PMAQ é uma ferramenta em constante construção e aperfeiçoamento, a cada novo ciclo novos desafios da Política de Atenção Básica são esperados (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO E DADOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, baseado em dados secundários do ciclo II do PMAQ-AB, especificamente o módulo VI – Entrevista com profissionais da Saúde Bucal.

### 4.2 ÁREA DO ESTUDO E UNIDADE DE ANÁLISE

A área de estudo foi constituída por todos os municípios das cinco regiões brasileiras que realizaram a Adesão e Contratualização do PMAQ-AB II Ciclo, e as unidades de análise foram as equipes que participaram da pesquisa.

### 4.3 OS DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS

Os dados utilizados na presente pesquisa são das seguintes fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - <https://www.ibge.gov.br/>, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) - <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html> e Departamento de Informática do SUS (DATASUS) - <http://datasus.saude.gov.br/>, e estão descritos a seguir.

- ✓ Regiões do país – IBGE;
- ✓ Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) - PNUD;

E, o relacionado ao sistema de saúde foi:

- ✓ Cobertura de Equipes de Saúde Bucal por município

#### 4.4 PREPARAÇÃO DO BANCO DE DADOS

##### 4.4.1 Primeira fase – Identificação dos itens de qualidade referentes à dimensão da Coordenação do Cuidado na perspectiva da APS

Considerando que a presente pesquisa buscou analisar a Coordenação do Cuidado na Saúde Bucal segundo Starfield (2002), o primeiro procedimento metodológico, que pode ser entendido também como resultado preliminar, mas não menos importante, foi identificar os padrões de qualidade (perguntas) constantes no questionário do Módulo VI, que compusessem as subdimensões que juntas formam o atributo Coordenação:

1. **Continuidade informacional;**
2. **Ordenamento de fluxos assistências;**
3. **Acesso às consultas/exames especializado;**
4. **Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada.**

Como o Módulo VI – da Saúde Bucal do PMAQ, seguiu lógica idêntica na apresentação dos padrões de qualidade do Módulo II do PMAQ, que trata da AB, neste trabalho foi utilizado a proposta metodológica de Lima (2016). A autora em sua pesquisa avaliou todos atributos da APS nas equipes de AB e montou uma matriz enquadrando os padrões de qualidade do questionário nos atributos a que se referem, levando em consideração os estudos da literatura disponível.

Assim sendo, o banco de dados utilizado na presente pesquisa, foi redimensionado a partir das quatro características (doravante tratados como subdimensões) que juntas formam a Coordenação do cuidado, listados anteriormente. O quadro 02 a seguir apresenta os padrões de qualidade selecionados do módulo VI, para cada uma das subdimensões.

SUBDIMENSÕES DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO	AÇÕES
<b>Continuidade informacional</b>	A equipe utiliza o SIAB e/ou E-SUS para o registro das informações
	O prontuário eletrônico está implantado na Equipe e está integrado com os outros pontos da rede de atenção à saúde
	A Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção
	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca
	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos-confirmados de câncer de boca

<b>Ordenamento de fluxos assistenciais</b>	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento dos pacientes para Cirurgia Oral
	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento dos pacientes para Endodontia
	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento para serviço especializado para Pacientes com necessidades especiais
	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento dos pacientes para Periodontia
<b>Acesso a consultas/exames especializados</b>	O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada para a especialidade requerida.
	A consulta para a especialidade requerida é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
	O município oferece Cirurgia Oral na Rede de Atenção à Saúde
	O município oferece Endodontia na Rede de Atenção à Saúde
	O município oferece na Rede de Atenção à Saúde especialidade odontológica para Pacientes com necessidades especiais
	O município oferece Periodontia na Rede de Atenção à Saúde.
	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas.
<b>Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada</b>	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal SEMPRE entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados.
	A equipe possui um dos seguintes tipos de fluxo de comunicação institucionalizado.
	A equipe utiliza a Comunicação eletrônica como fluxo de comunicação institucionalizado
	A equipe utiliza Reuniões técnicas com os especialistas da rede, como fluxo de comunicação institucionalizado.
	A equipe utiliza Telesaúde, como fluxo de comunicação institucionalizado
	A equipe utiliza Prontuário Eletrônico, como fluxo de comunicação institucionalizado.

Quadro 02. Matriz dos padrões de qualidade, por subdimensão da Coordenação Cuidado na Saúde Bucal, módulo VI do PMAQ

4.4.2 Segunda fase – Como foram pontuados os padrões de qualidade, em cada subdimensão

Nesta fase, cada padrão de qualidade em cada subdimensão foi recodificado para receber os seguintes valores: 1, se a resposta era positiva para o item e 0 se a resposta era negativa. E, os padrões que careciam de comprovação de documentação, só recebiam pontuação 1, se houvesse documento de comprovação. O quadro 03 a seguir apresenta a forma como foi feita a pontuação dos itens.

SUBDIMENSÕES DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO	AÇÕES	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	JULGAMENTO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
<b>Continuidade informacional</b>	A equipe utiliza o SIAB e/ou E-SUS para o registro das informações	Se executar a ação pontua 1	A condição adequada é que as equipes realizem todas as ações	5
	O prontuário eletrônico está implantado na Equipe e está integrado com os outros pontos da rede de atenção à saúde			
	A Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	Se NÃO executar a ação pontua 0		
	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca			
	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos-confirmados de câncer de boca			
<b>Ordenamento de fluxos assistenciais</b>	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento dos pacientes para Cirurgia Oral	Se NÃO possuir o protocolo, recebe 0.	A condição adequada é que as equipes possuam protocolos definidos para no mínimo essas quatro especialidades.	4
	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento dos pacientes para Endodontia			
	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento para serviço especializado para Pacientes com necessidades especiais	Se POSSUIR o protocolo, recebe 1.		
	A equipe possui protocolo definido para orientar o encaminhamento dos pacientes para Periodontia			
<b>Acesso a consultas/exames especializados</b>	O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada para a especialidade requerida.	Se assinalar SIM para uma das duas alternativas recebe 1, caso contrário zero.	A condição adequada é aquela que o paciente sai da Unidade de Saúde com a consulta agendada; o município oferecendo no mínimo essas quatro especialidades e que exista central de regulação disponível	6
	A consulta para a especialidade requerida é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente			
	O município oferece Cirurgia Oral na Rede de Atenção à Saúde	Se assinalar SIM para as especialidades listadas, recebe pontuação 4, em contrário recebe zero.		
	O município oferece Endodontia na Rede de Atenção à Saúde			
	O município oferece na Rede de Atenção à Saúde especialidade odontológica para Pacientes com necessidades especiais			
	O município oferece Periodontia na Rede de Atenção à Saúde.	Se assinalar SIM, pontua 1, em contrário, pontua zero.		
	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas.			
<b>Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada</b>	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal SEMPRE entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados.	Se assinalar SIM, pontua 1, em contrário, pontua zero.	A condição ótima é aquela que os profissionais ESB SEMPRE entram em contato com	2
	A equipe possui um dos seguintes tipos de fluxo de comunicação institucionalizado.	Se marcar pelo UM tipo de		



A equipe utiliza a Comunicação eletrônica como fluxo de comunicação institucionalizado	comunicação recebe pontuação 1, em contrário recebe zero.	especialistas E que possua pelo menos um dos tipos de fluxo de comunicação listados.	
A equipe utiliza Reuniões técnicas com os especialistas da rede, como fluxo de comunicação institucionalizado.			
A equipe utiliza Telesaúde, como fluxo de comunicação institucionalizado			
A equipe utiliza Prontuário Eletrônico, como fluxo de comunicação institucionalizado.			

Quadro 03. Matriz de Pontuação dos padrões de qualidade das subdimensões da Coordenação do Cuidado em Saúde Bucal

#### 4.4.3 Terceira fase: Categorização das variáveis contextuais

Inicialmente foram digitadas no banco de dados as variáveis de contexto e categorizadas como a seguir:

- Regiões do país
  - ✓ Norte;
  - ✓ Centro-Oeste;
  - ✓ Nordeste;
  - ✓ Sudeste;
  - ✓ Sul.
- Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M)
  - ✓ Baixo – 0-0,599;
  - ✓ Médio – 0,600-0,699;
  - ✓ Alto – 0,700-1.

E, a cobertura da SB:

- Cobertura de Equipes de Saúde Bucal por município
  - ✓ 100 % de cobertura;
  - ✓ Menos de 100% de cobertura.

#### 4.5. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO

Tratando-se de avaliação normativa o conceito utilizado nesta pesquisa foi o de Champagne et al. (2011a). Para os autores a avaliação normativa consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, os processos e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas.

Assim é que, o processo de verificação da conformidade das subdimensões consistiu em verificar se foi feito o que era necessário fazer, de um modo desejável e se as normas definidas foram respeitadas. Formalizando, o critério de avaliação foi: *A subdimensão foi considerada adequada se 100% dos padrões fossem avaliados positivamente pelas equipes* (TOMASI et al., 2015).

Como padrão de referência, utilizou-se as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) para avaliar a Coordenação da Atenção em saúde bucal do Brasil.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS E PROCESSAMENTO

Como técnica para análise dos dados, utilizou-se primeiramente a estatística descritiva segundo cada variável de contexto. Nesse caso foram construídas tabelas de dupla entrada, onde os padrões de qualidade das subdimensões e variáveis de contexto funcionaram como entradas.

Em seguida foi realizada a análise bivariada, através dos testes de associação de qui-quadrado ou qui-quadrado generalizado, para verificação da associação entre os itens de qualidade das subdimensões e as variáveis de contexto, com nível de significância de 5%.

O banco de dados foi feito em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel, e as análises estatísticas através do software Statistical Package for the Social Sciencel (SPSS), versão 22.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Tratando-se de dados secundários publicados no site do Ministério da Saúde, disponíveis ao acesso público e onde não constam dados de identificação, este estudo não necessitou de submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. De acordo a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, no texto constante no Artigo 1 parágrafo único, como segue:

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: I - pesquisa de opinião pública com participantes não identificados; II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei n o 12.527, de 18 de novembro de 2011; III - pesquisa que utilize informações de domínio público. (BRASIL, 2016, p.1).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 02 a seguir apresenta os resultados para a adequação das equipes. A menos da subdimensão **Ordenamento de fluxos assistenciais**, onde o desempenho das equipes alcançou o percentual de um pouco mais de 50,0% na avaliação para o Brasil, nas demais subdimensões estudadas a adequação das equipes de SB foi muito pequena (Figura 02). O menor percentual de equipes adequadas foi na subdimensão **Continuidade Informacional**.

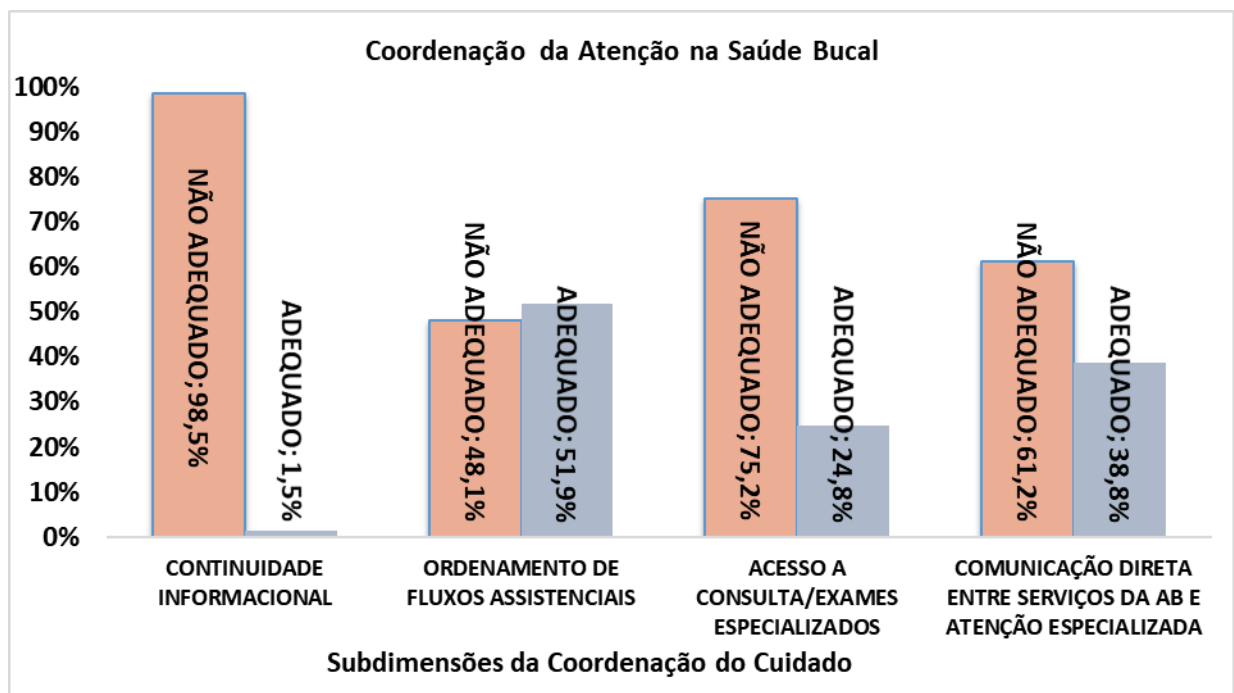


Figura 02 – Percentual de equipes adequadas e não adequadas por subdimensões da Coordenação do Cuidado na SB.

Os resultados encontrados neste estudo, não foram diferentes da literatura sobre o tema. De modo geral, o que se conclui é que as equipes de SB têm demonstrado dificuldades em coordenar os cuidados na rede de serviços de saúde no país. São fracas as evidências de garantia por parte das equipes de SB do ordenamento de fluxos assistenciais, da continuidade da assistência, são poucas as equipes com protocolos definidos que orientam o encaminhamento de pacientes da AB a Atenção Especializada, particularmente quando se trata de portadores de necessidades especiais. A percepção da falta de comunicação entre profissionais da atenção básica e especializada fica evidente quando se constata a inexistência de fluxo de comunicação instituído, e a quase nulidade das equipes quanto ao uso de

prontuários eletrônicos nos serviços de saúde e deficiência nos fluxos de referência e contra-referência (LEANDRO; MONTEIRO, 2017; AQUILANTE; ACIOLE, 2015; GOES et al. 2012; ALMEIDA, 2010).

Na avaliação das subdimensões considerando as variáveis de contexto, os resultados também revelaram importantes disparidades de equipes adequadas nas 4 (quatro) subdimensões avaliadas: região geopolítica, do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e de cobertura: Cobertura da Saúde Bucal (ESB), como segue na figura 03.

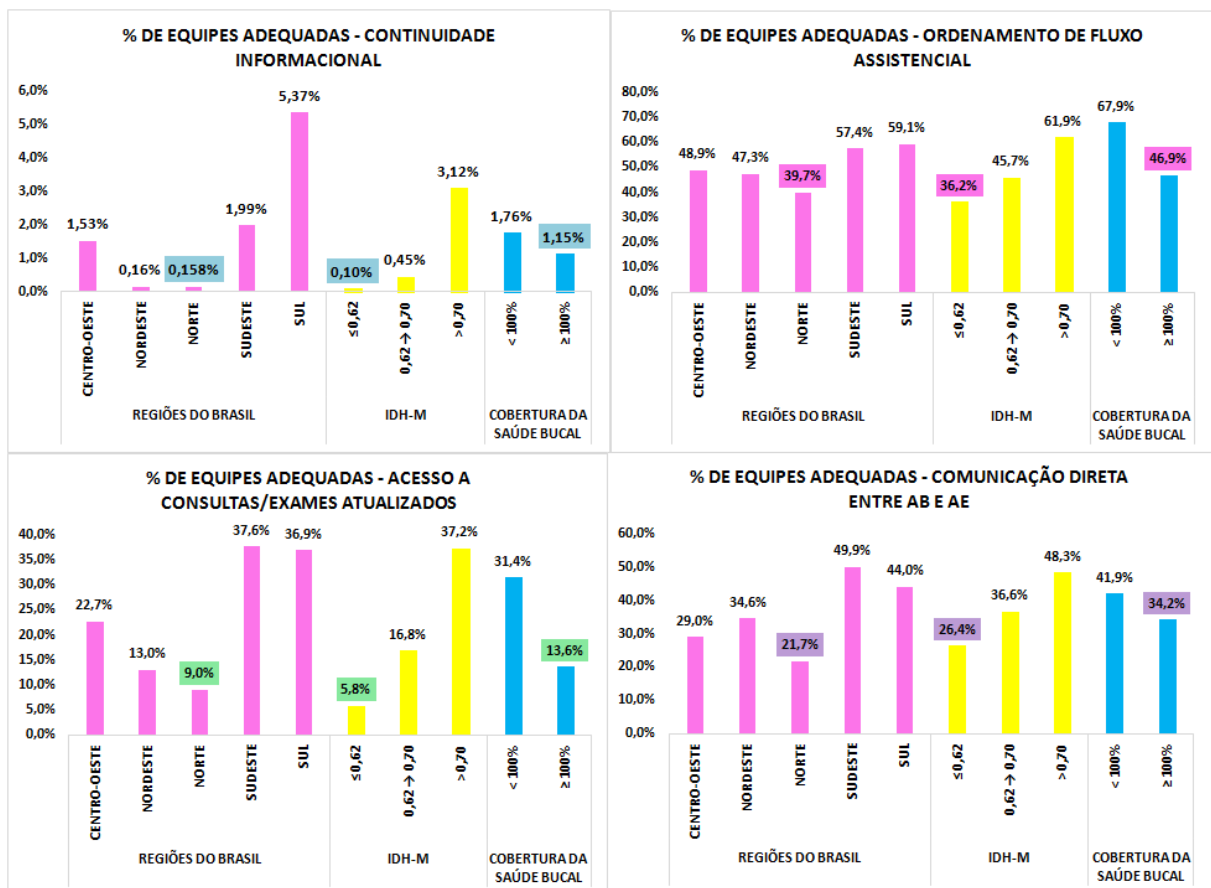


Figura 03 – Percentual de equipes adequadas segundo as subdimensões da Coordenação do Cuidado e as variáveis de contexto: regiões do país, IDH-M e Cobertura da Saúde Bucal, todos os testes foram significativo para 0,05

Ao estender a avaliação por regiões verificou-se que no Sul foram observados os maiores percentuais de equipes adequadas nas subdimensões Continuidade Informacional (5,37%) e Ordenamento do Fluxo Assistencial (59,1%) e, na região Sudeste os maiores percentuais de equipes adequadas nas subdimensões Acesso a consulta/exames especializados

(37,6%) e Comunicação entre serviços de AB e AE (49,9%). Já a região Norte foi a região onde se encontrou o menor percentual de equipes adequadas em todas as subdimensões que compunham a Coordenação do Cuidado.

Na avaliação das equipes com relação ao IDH dos municípios e a cobertura de ESB, nas subdimensões, os melhores percentuais de equipes adequadas estão situados em municípios com IDH-M maior que 0,70 e em municípios com cobertura de saúde bucal menor que 100%. Os resultados encontrados nesse estudo sobre a coordenação do cuidado na saúde bucal, guardam muitas semelhanças com os resultados de Castro (2017), que avaliou o processo de trabalho das equipes da AB no país com dados do PMAQ.

Assim, com relação às variáveis de contexto IDH-M e Cobertura ESB, o maior percentual de equipes de SB adequadas foi encontrado em municípios com elevado IDH e com baixa cobertura de ESB, podendo se estabelecer relação direta dessas variáveis com o processo de expansão e consolidação da ESF. Isto porque, quando o PSF foi instituído, a criação prioritária do programa era para os municípios de pequeno porte, com baixo IDH-M, o que explica as maiores coberturas para esses municípios com baixo IDH-M (BRASIL, 2005).

A baixa cobertura de ESB tem sido relacionada a fatores como: aglomeração urbana, expansão em tempos desiguais, diversidade nos modelos de atenção básica, infraestrutura deficiente, baixa cobertura populacional, alta rotatividade de médicos, novos padrões de consumo em saúde, desarticulação com outros níveis de assistência, fragilidades nos sistemas de referência e contra-referência, baixo acesso dos usuários aos serviços de saúde e presença de agravos ou doenças específicas das grandes cidade (CASTRO, 2017).

Ao analisarmos as variáveis de contexto é possível inferir para a Coordenação do Cuidado na Saúde Bucal que esses resultados denotam a existência de uma coordenação incipiente, fragmentada e desarticulada em relação aos princípios e diretrizes definidos pela PNSB. Buscando apreender o que levou a obtenção desses baixos percentuais de equipes adequadas avaliou-se os padrões de qualidade que compuseram cada uma das subdimensões da coordenação do cuidado.

## 5.1 SUBDIMENSÃO 1: CONTINUIDADE INFORMACIONAL

Os padrões de qualidades que compuseram a subdimensão Continuidade Informacional foram sobre: *Se a equipe utiliza Sistema de Informação; Prontuário Eletrônico implantado na equipe; Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção; Equipe possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca; e equipe possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca.*

A figura 04 a seguir apresenta os resultados encontrados para esta subdimensão.

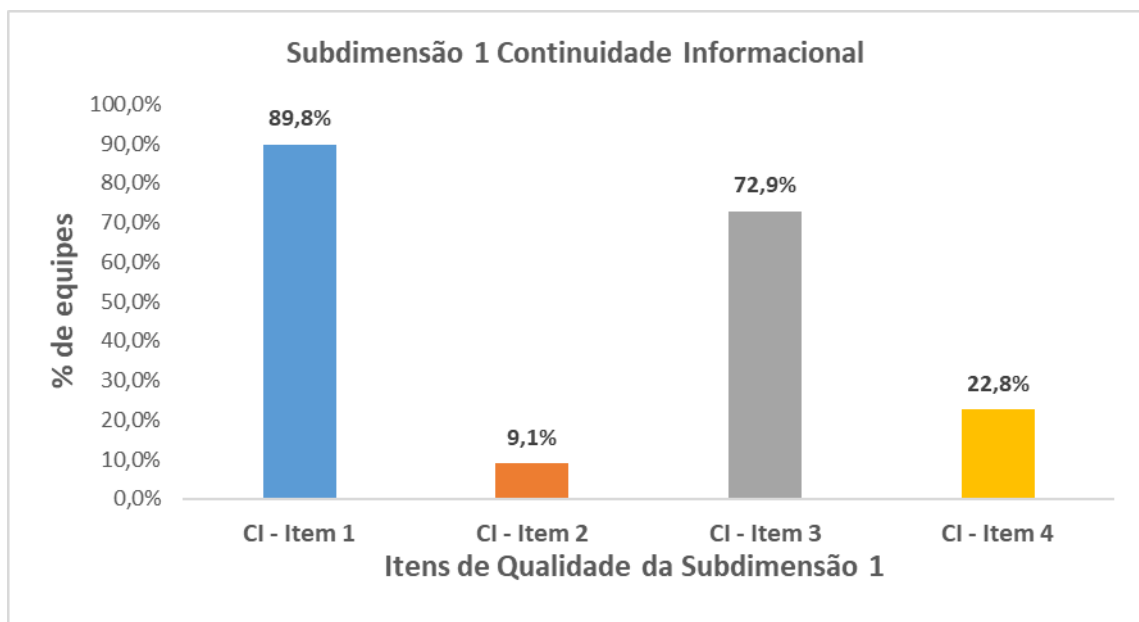


Figura 04: Percentuais de equipes que realizavam os quatro itens de qualidade da subdimensão Continuidade Informacional

CI – Item1 Sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações
CI – Item 2 Prontuário eletrônico implantado na Equipe
CI – Item 3 Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção
CI – Item 4 Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca

Os maiores e menores percentuais encontrado nesta subdimensão foram: 89,8% das equipes utilizam o SIAB e/ou E-SUS para registrar as informações e apenas 22,8% das equipes possuem registro dos casos de câncer de boca, mas dentro desse pequeno percentual de 22,8%, 80,0% afirmaram possuir referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca. O pior desempenho das equipes nessa subdimensão ficou para a implantação, do **Prontuário eletrônico**, no Brasil apenas 9,1% das equipes, no período da pesquisa, haviam implantado esse prontuário.

Na avaliação por região, constatou-se um espalhamento dos percentuais de equipe quanto ao cumprimento dos padrões de qualidade que compunham esta subdimensão Continuidade Informacional. A região Sul, foi onde se observou o maior percentual de equipes que faziam o registro dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção (76,9%). Também foi a região Sul, que apresentou maior percentual de equipes (33,9%) que possuíam registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca com percentual de equipes no Brasil de 22,8%.

Observando os menores percentuais, esses foram encontrados nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente 2,2% e 0,7% das equipes afirmaram possuir prontuário eletrônico implantado e, quanto ao registro do câncer de boca, somente 7,8% equipes do Norte e 16,2% do Nordeste afirmaram possuir registro dos casos suspeitos/confirmados. Sendo que o Norte e Nordeste são as duas regiões com menores Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,683 e 0,603 respectivamente e, é no Nordeste que existe o maior número de equipes de saúde bucal, sendo a cobertura de 69,1%.

Os menores percentuais de equipes foram observados quando o padrão de qualidade avaliado foi a implantação do prontuário eletrônico. Esse prontuário eletrônico possibilita manter registros longitudinais sobre a vida do indivíduo, criar bases de dados com informações agregadas clínicas e administrativas, refletindo na qualidade da prática de saúde. Por muito tempo, as informações sobre o indivíduo que estava sendo avaliado, com diversos fins, dentre eles o de diagnóstico da saúde bucal, existia somente na forma de suporte impresso, porém, com as “Tecnologias da Informação” vem ganhando espaço cada vez maior na área da saúde a informatização do atendimento aos usuários de saúde no serviço público, por meio da implantação do prontuário único (PU) e/ou do prontuário eletrônico do paciente (PEP) (DE CARVALHO et al.; 2012).

Santos e Giovanella (2016) ao avaliarem a informatização das USF em uma região de saúde da Bahia concluíram que a mesma é parcial (quando existentes) e limitam-se à marcação de consultas conforme cotas pré-estabelecidas. Os autores relatam não haver prontuário eletrônico em nenhum dos estabelecimentos de saúde, sendo o usuário o principal interlocutor no repasse de informações entre os níveis. Nesta pesquisa, os resultados para a saúde bucal, mostram que a região Nordeste também foi a que apresentou menor percentual de equipes que afirmaram possuir Prontuário eletrônico implantado (0,7%), semelhantes ao de Santos e Giovanella (2016).



A PNSB preconiza a integração das informações nos serviços assistenciais desenvolvidos pela Atenção Básica no território nacional, com o objetivo de subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica e a avaliação dos serviços de saúde. Mas somente no ano de 2016 que o Ministério da Saúde, através da Resolução nº 7, de 24 de novembro desse ano, definiu o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica.

Segundo essa resolução prontuário eletrônico é um repositório de informação mantido de forma eletrônica, onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e suas características principais são: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; recuperação de informações clínicas; sistemas de apoio à decisão e outros recursos (BRASIL, 2016).

Autores como Dias e Giovanella (2013) argumentam em favor dos prontuários eletrônicos, por entender que os mesmos são ferramentas que favorecem a continuidade informacional na medida que permitem a disponibilização das informações clínicas dos pacientes para os profissionais de saúde envolvidos no processo do cuidado. Nesse sentido, o prontuário eletrônico pode contribuir na coordenação do cuidado desempenhada pelos dentistas e ainda refletir diretamente na integração dos níveis assistenciais odontológicos.

O prontuário eletrônico possibilita manter registros longitudinais sobre a vida do indivíduo, criar bases de dados com informações agregadas clínicas e administrativas, refletindo na qualidade da prática de saúde. Já o uso de prontuário manual pode influenciar diretamente no desempenho da continuidade informacional, pois seu uso impossibilita o acesso e a integração de dados individuais de pacientes ou de grupos de pacientes ou resulta uma visão fragmentada da evolução dos problemas de doença do usuário, por exemplo (MASSAD; MARIN; NETO, 2003).

Patrício et al. (2011), acreditam que num país de dimensões continentais como o Brasil, só o uso do prontuário eletrônico no sistema de saúde brasileiro, seria possível identificar os usuários, facilitaria a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações, proporcionando assim, maior qualidade no atendimento ao usuários do sistema e à gestão pública de saúde.

Como pode ser depreendido a partir da leitura sobre o prontuário eletrônico como mecanismo que permita a unificação da informação médica e/ou odontológica do paciente e forneça subsídios consistentes para o planejamento das ações da gestão e de avaliação, ainda

tem um longo caminho a percorrer até que seja uma realidade no país. Somente no ano de 2016 o Ministério da Saúde regulamentou sobre essa ferramenta informacional, mas o tema continua na pauta dos pesquisadores. Neste ano Ribeiro et al. (2018) listam as seguintes vantagens e desvantagens encontradas com o uso do prontuário eletrônico na atenção básica: agilidade no acesso de informações relacionadas ao paciente, uso simultâneo dos prontuários, legibilidade, eliminação da redundância de dados, organização sistematizada. Desvantagens: grandes investimentos de hardware, software e treinamento, resistência dos profissionais de saúde e lentidão e inoperância dos sistemas. Para esses autores devem ser considerados para implementação do PEP a padronização dos prontuários, o estabelecimento dos fluxogramas de informação da equipe, o treinamento de todos envolvidos e o controle e avaliação dos resultados.

Além do baixo percentual de ESB fazendo uso do prontuário eletrônico esta pesquisa também mostrou baixos percentuais de equipes que informaram possuir registros de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca (22,8% no país todo), resultado semelhante ao de Da Costa Junior e Serra (2017). Porém, dentro desse pequeno percentual, uma vez feito o diagnóstico é feito o encaminhamento para a 80,0% das equipes que afirmaram proceder de forma semelhante.

A grande prevalência dos vários tipos de câncer de boca e suas sequelas constituem-se em graves problemas de saúde pública no Brasil. O câncer de boca está entre os dez tipos de neoplasias mais frequentes na população brasileira, foi estimado para o Brasil, no ano de 2016, 15.490 casos novos de câncer da cavidade oral, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres (DA COSTA JÚNIOR; SERRA, 2017).

A prevenção primária desse tipo de câncer deve acontecer no período de pré-patogênese, onde existem as condições para o estabelecimento de patologias ligadas ao fator de risco associado, é o que afirmam Da Costa Junior e Serra (2017). Entretanto, esses autores, argumenta que a baixa cobertura das equipes de saúde bucal, pode representar um fator limitante para a detecção precoce de lesões suspeitas de câncer bucal pelas equipes de SB. Uma vez o paciente diagnosticado com lesão suspeita, é encaminhado para o centro de referência para a continuidade do cuidado.

## 5.2 SUBDIMENSÃO 2: ORDENAMENTO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS

No Sistema Único de Saúde, a atenção secundária em odontologia pode ser realizada em diversas instituições públicas e privadas Lino et al. (2014). No componente público, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) têm sido a estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) para garantir a atenção secundária, constituindo-se em unidades de referência para a Atenção Primária, devendo ofertar minimamente as especialidades: *periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgia oral menor*.

Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Ainda, devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de serviço. No Brasil, até o ano de 2012, existiam mais de 900 CEO implantados (GOES et al., 2012).

Nesta pesquisa, a análise global mostra que essa subdimensão foi a que apresentou resultados mais homogêneos, se observou que 64,0% (maior percentual observado nessa subdimensão) das equipes afirmaram possuir protocolo definido para encaminhar o paciente para a especialidade de *Cirurgia Oral* e com menor percentual para encaminhamento de *pacientes portadores de necessidades especiais* (58,9%).

A figura 05 a seguir ilustra os resultados:

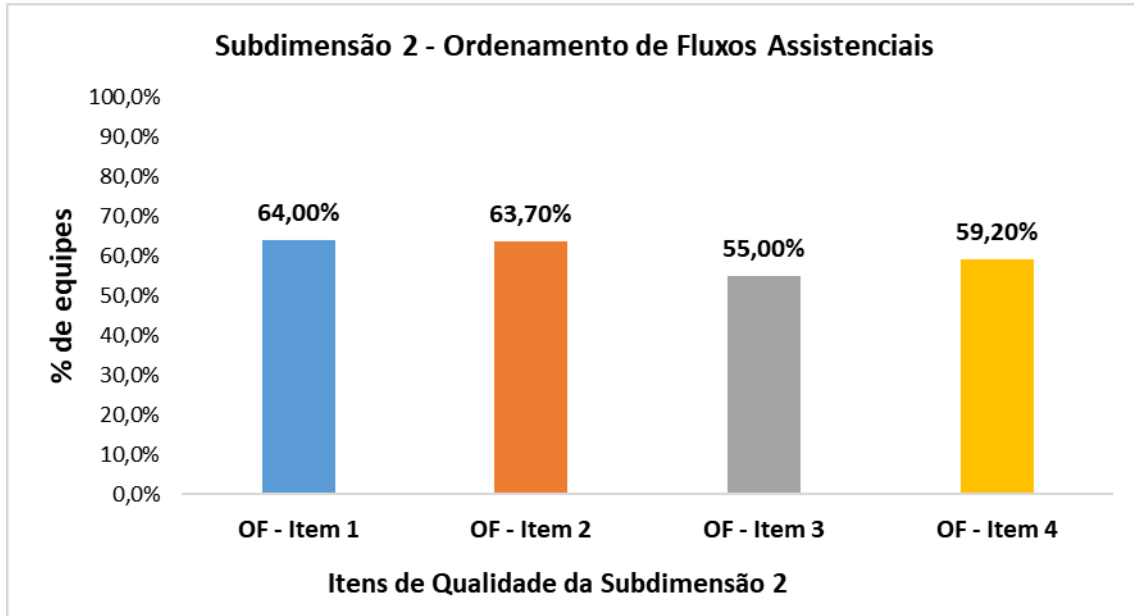


Figura 05: Percentuais de equipes que realizavam os quatro itens de qualidade da subdimensão Ordenamento dos Fluxos Assistenciais.

OFA – Item 1 Existe protocolo definido de orientação para Cirurgia Oral

OFA – Item 2 Existe protocolo definido de orientação para Endodontia

OFA – Item 3 Existe protocolo definido de orientação para Pacientes com necessidades especiais

OFA – Item 4 Existe protocolo definido de orientação para Periodontia

Na avaliação desta subdimensão, por regiões, é possível afirmar que em todas as regiões havia maior percentual de equipes que tinham protocolos definidos para encaminhamentos de pacientes para Cirurgia Oral e Endodontia. Entretanto, na região Sul foi onde se encontrou o maior percentual de equipes que afirmaram possuir protocolo de encaminhamento para esses: 75,3% e 73,4% respectivamente.

Os resultados encontrados na presente pesquisa quanto as especialidades *periodontia, endodontia e cirurgia oral menor* são maiores que os observados no trabalho de Lino *et al* (2014). O trabalho desses autores avaliou a atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, descrevendo e analisando os procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal em Minas Gerais, utilizando dados secundários. Destes procedimentos, 55% foram da área de cirurgia, 28% da periodontia e 17% da endodontia. Os autores também concluíram que os CEO's são mais eficientes que as demais unidades, mas há importante percentual que não cumpre as metas do Ministério da Saúde. Eles afirmam ainda que, os municípios com CEO são aqueles com maior porte populacional, mais ESB, menor cobertura potencial de ESB e melhor IDH.

A avaliação da saúde bucal feita em Goiás por Nascimento (2016) mostra que 52,4% das ESB relataram a existência de protocolo de fluxo para encaminhamento dos usuários ao CEO ou a outro serviço de atendimento às especialidades odontológicas e, nesta pesquisa a média dos percentuais de protocolos para serviços de atendimento às especialidades foi de 60,25%, um pouco maior que esse de Goiás. Percentual de 51,1% foi observado para a quantidade de equipes que informaram existência de protocolos para atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais. Neste estudo o valor para a região centro-oeste correspondeu a 57,8%, próximo ao observado para Goiás.

O autor acima referido diz ainda que segundo os relatos das equipes de saúde bucal de Goiás é necessária à ampliação do acesso à atenção básica em saúde bucal, e ainda estabelecer rotina no uso de protocolos. A pesquisa apontou deficiência no uso de protocolos que deem conta do fluxo de demandas para os demais serviços de média complexidade. Afirma que a coordenação do cuidado em saúde bucal pelas equipes básicas ainda é precária, muito em razão da inexistência de uma rede de saúde bucal implantada.

Estudos como o de Goes et al. (2012) sugerem que apenas a endodontia e a prótese dentária deveriam ser obrigatórias. Também sugerem que as outras especialidades só deveriam estar incluídas se as análises loco regionais indicassem a sua necessidade, afirmando por fim que a oferta das especialidades odontológicas nos CEOs deveria ser reavaliada.

Os achados desta pesquisa estão próximos aos encontrados por Sobrinho et al. (2015) com exceção para os serviços para pessoas com deficiência, que não foi objeto de pesquisa dessa autora. Estes resultados também corroboram com os relatos da pesquisa de D'Avila (2016), na avaliação dos serviços de saúde bucal na APS de Porto Alegre, ficou evidenciada que a coordenação do cuidado é uma das fragilidades dos serviços de saúde bucal nas ESF ou nas Equipes de AB tradicionais. Segundo esse autor, este atributo depende das equipes e da rede estabelecida no Município, e para além da APS, o autor mostra as dificuldades de oferta de atenção secundária em Porto Alegre. No período da pesquisa havia poucas unidades de CEO's, isto implicava em uma grande demanda reprimida por atendimentos especializados em saúde bucal e num comprometimento da instituição de uma rede de atenção à saúde.

A existência de fluxos assistenciais bem definidos faz parte dos itens necessários ao alcance da coordenação do cuidado. Segundo Mendes (2011) a movimentação do usuário dentro da rede para o recebimento do cuidado é o que demonstra se existe o conceito da continuidade. Os fluxos assistenciais facilitam o usuário encontrar o caminho dentro do

sistema, pois mostram a importância das orientações aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos.

A proposta de estruturar a oferta de serviço de saúde bucal tem sido através de redes de atenção à saúde, que tem por objetivo superar a fragmentação das ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b). No entanto, para a implementação de redes de atenção na saúde bucal são imprescindíveis para a prática da atenção integral, o estabelecimento de fluxos de usuários e informações dos serviços de atenção básica, especializada e hospitalar (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Dentro desse processo os protocolos são de suma importância, pois tem a função de organizar e padronizar os recursos existentes, o funcionamento dos serviços, orientar as decisões de prevenção, promoção e assistência à saúde e viabilizar a comunicação entre equipes e serviços (BRASIL, 2010b). Por isso sua elaboração deve acontecer coletivamente, buscando unir os interesses tanto dos gestores como dos profissionais, objetivando a organização da demanda e a qualificação dos fluxos de atendimentos (MELLO et al., 2014). Ainda, a implementação de protocolos e definição de referências são medidas que demandam pouco investimento da gestão municipal, pois inclui o mapeamento do território, distribuição das vagas e qualificação dos profissionais (LIMA, 2016).

### 5.3 SUBDIMENSÃO 3: ACESSO A CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS

O conjunto dos padrões de qualidade que compunham essa subdimensão, foram os seguintes: 1) *O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada para a especialidade requerida;* 2) *A consulta para a especialidade requerida é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente;* 3) *O município oferece Cirurgia Oral na Rede de Atenção à Saúde;* 4) *O município oferece Endodontia na Rede de Atenção à Saúde;* 5) *O município oferece na Rede de Atenção à Saúde especialidade odontológica para Pacientes com necessidades especiais;* 6) *O município oferece Periodontia na Rede de Atenção à Saúde;* 7) *Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas.*

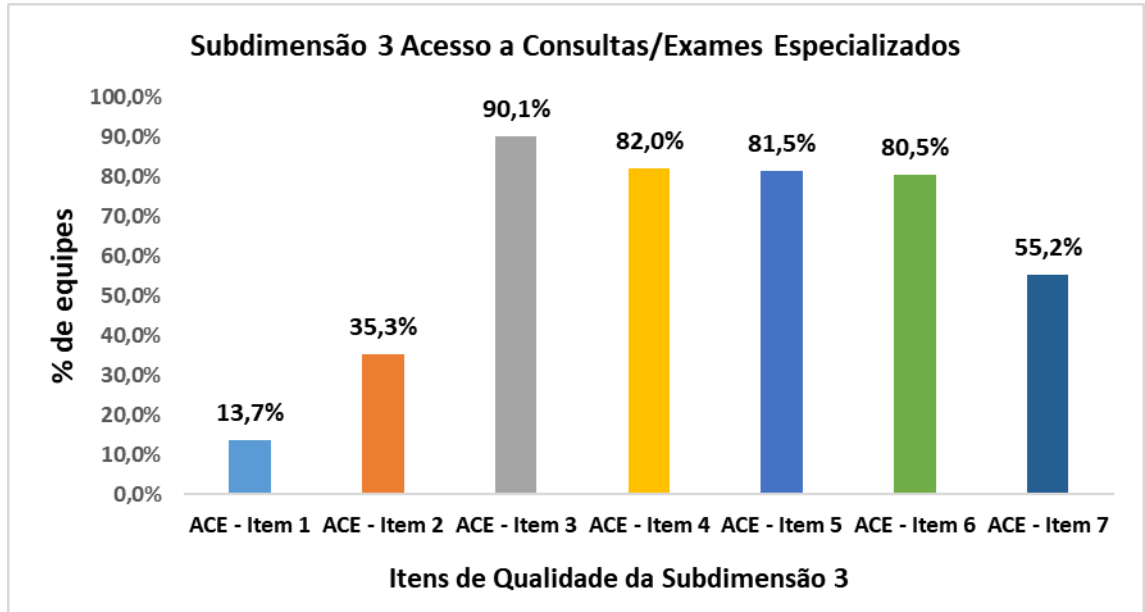


Figura 06 – Percentual de equipes que responderam positivamente aos itens que compõem a subdimensão Acesso a Consulta/exames Especializados

ACE – Item 1: O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada para a especialidade requerida.

ACE – Item 2: A consulta para a especialidade requerida é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente.

ACE – Item 3: O município oferece Cirurgia Oral na Rede de Atenção à Saúde.

ACE – Item 4: O município oferece Endodontia na Rede de Atenção à Saúde.

ACE – Item 5: O município oferece na Rede de Atenção à Saúde especialidade odontológica para Pacientes com necessidades especiais.

ACE – Item 6: O município oferece Periodontia na Rede de Atenção à Saúde.

ACE – Item 7: Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas.

Pouco mais da metade das equipes de Saúde Bucal do Brasil (55,2%) confirmaram disponibilidade de central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas avaliadas no presente estudo: Cirurgia Oral (90,0% das equipes afirmaram que o município ofertava), Endodontia (82,0% das equipes afirmaram que o município ofertava), Serviços para pacientes com necessidades especiais (81,5% das equipes afirmaram que o município ofertava) e Periodontia (80,5% das equipes afirmaram que o município ofertava). Entretanto, somente 13,7% das equipes afirmaram que o paciente depois de atendido saía da UBS com a consulta agendada e apenas 35,3% dessas equipes, afirmaram que a consulta era marcada pela UBS e depois informada ao paciente.

Na avaliação por região verificou-se que a região Sul obteve percentual maior que o encontrado para todo o país (24,10%), seguida pela região Sudeste (16,60%), enquanto que no país inteiro foi 13,2% no item marcação de consulta na própria UBS. E, o pior desempenho

neste item foi para a região Norte (5,5%). Relativamente ao paciente ser posteriormente informado pela equipe sobre a marcação de sua consulta, também Sul e Sudeste obtiveram desempenho melhor que o do país, 55,0% e 52,6% respectivamente. E, o pior desempenho neste item também foi para a região Norte (16,4%).

Esses resultados evidenciam que apesar da PNSB preconizar que o paciente ao necessitar de atendimento na atenção secundária, ele deve ter sua consulta agendada pela AB, os resultados mostraram baixíssimos percentuais de equipes que atendem a esse preceito da PNSB. Lima (2016) e Almeida (2010) obtiveram resultados semelhantes ao encontrado no presente trabalho quanto à existência de centrais de marcação para consultas especializadas. Em seus trabalhos, foi constatado que apesar da existência da central de marcação, a maioria dos pacientes não conseguem sair da Unidade com a consulta agendada.

O Pacto pela Saúde define regulação como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. A regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia e, essa garantia se dá através da Política Nacional de Regulação do SUS, cujo um dos eixos traz o financiamento inicial, visando à implantação dos complexos reguladores e contempla uma estrutura mínima composta por: estrutura logística, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento; infraestrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo do Sistema de Regulação-SISREG III.

A regulação da oferta e da demanda por meio de Complexos Reguladores possibilita a organização das ações de regulação do acesso, no sentido de garantir a integralidade das ações de Atenção à Saúde, com qualidade e equidade. Também traz importantes mudanças para a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema, destacando o papel fundamental dos entes federados, Municípios, Estados e Ministério da Saúde, para melhorar e qualificar o acesso do cidadão aos serviços de saúde, com eficiência, eficácia e efetividade.

Nessa perspectiva de reorganização dos processos de gestão, a Central de Regulação é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, buscando o atendimento integral de forma ágil e de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde (MELLO et al., 2013). Desta feita, para que a central desenvolva esta atividade é necessário o conhecimento da capacidade instalada nos estabelecimentos do nível secundário e terciário, bem como a sua oferta (DO NASCIMENTO et al., 2009).



Os resultados encontrados neste estudo não são díspares dos encontrados na literatura quanto ao acesso a consulta/exames especializados. Silva et al. (2017) no artigo sobre a interface entre a APS em odontologia e o SUS, afirmam que, o acesso à consulta especializada ainda é precário em grande parte do país e apontam como causas possíveis desse baixo acesso: procedimentos especializados realizados em unidades básicas em municípios onde não há CEO's implantados; poucos recursos financeiros para manter centros especializados; profissionais especializados concentrados nos grandes centros urbanos e um sistema de remuneração fixa que não incentiva os profissionais a cumprirem metas mínimas de oferta de serviços (LIMÃO et al., 2017; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015; LINO et al., 2014).

#### 5.4 SUBDIMENSÃO 4: COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Nessa subdimensão, o percentual de todas as equipes chegou a 38,8%. Na avaliação das equipes segundo as regiões do país, o maior percentual de equipes avaliadas positivamente, foram para as que estavam localizadas em municípios da região Sudeste (49,9%), seguido pela Sul (44,0%), cujo porte populacional era maior que 100.001 hab. (51,3%), eram de municípios cujo IDH-M era maior que 0,70 (48,3%) e com cobertura de ASB menor que 100% (41,9%).

O conjunto de padrões de qualidade que compuseram essa subdimensão foram os seguintes: *1) Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal sempre ou quase sempre entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados 2) Existe fluxo de comunicação institucionalizado 3) Qual é o fluxo institucional de comunicação?* O profissional poderia assinalar uma das seguintes alternativas: *Comunicação eletrônica; Reuniões técnicas com os especialistas da rede; Teleconferências; Telesaúde; Ficha de referência/contra-referência com história detalhada e sugestões de conduta; e o Prontuário Eletrônico.*

A Ficha de referência/contra referência foi o fluxo de comunicação mais citado pelas ESB do país, e dos diversos recursos para realização da comunicação entre AB e AE, o *Prontuário Eletrônico e a Teleconferência e a Telesaúde* são os meios menos utilizados, citados por 8,4%, 6,5% e 9,3% das equipes, respectivamente. Observa-se de uma forma geral

no país o uso de formulário para efetuar a comunicação entre os níveis assistenciais e o baixíssimo uso de uma tecnologia aplicada a este objetivo, como o prontuário eletrônico.

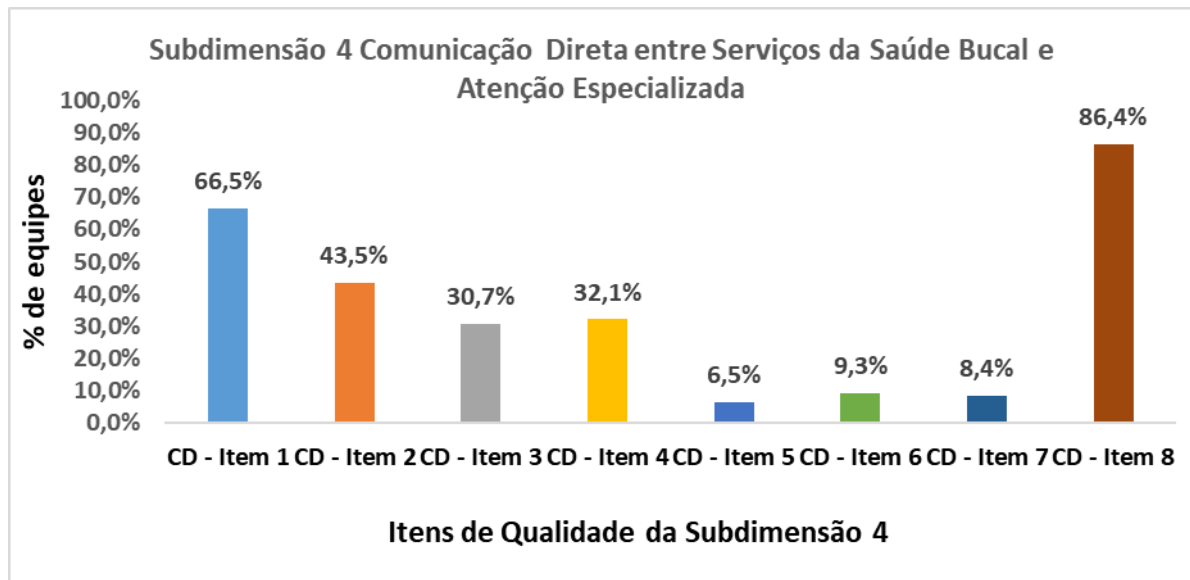


Figura 07 – Percentual de equipes que responderam positivamente aos itens que compõem a subdimensão Comunicação Direta entre Serviços de AB e Atenção Especializada

CD – Item 1: Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal sempre ou quase sempre entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados.

CD – Item 2: Existe fluxo de comunicação institucionalizado.

CD – Item 3: Qual é o fluxo institucional de comunicação? O profissional poderia assinalar uma das seguintes alternativas: Comunicação eletrônica.

CD – Item 4: Reuniões técnicas com os especialistas da rede.

CD – Item 5: ; Teleconferências.

CD – Item 6: Telesaúde.

CD – Item 7: Prontuário Eletrônico.

CD – Item 8: Ficha de referência/contra referência com história detalhada e sugestões de conduta.

A ficha de referência/contra referência foi o instrumento de comunicação entre os serviços, mais utilizada pelas equipes de saúde bucal desta pesquisa (86,4%), resultado este que se assemelha ao de Almeida (2010). Em seu trabalho a autora observa que, a quase ausência de contra referência minimiza as possibilidades de coordenação dos cuidados pela equipe de APS. Ao avaliar as estratégias de coordenação dos cuidados em grandes centros urbanos, Almeida (2010) conclui afirmando que, nos casos por ela estudado, a APS se fortaleceu e está mais integrada à rede, embora ainda não seja a coordenadora de todo o ciclo de cuidados.

O fortalecimento e a ampliação das ações de saúde bucal na APS implicaram no aumento da demanda por tratamentos especializados nos CEO's, que não conseguem absorvê-la a contento. Resulta que esse processo é tratado como mera questão burocrática, em que cada nível de atenção “empurra” o usuário para os serviços do outro nível, é o que concluem Aquilante e Aciole (2015) quando analisam o processo de comunicação entre a atenção à saúde bucal e a atenção especializada. Para os autores, faz-se necessária a construção de um mecanismo que de fato se constitua em uma produção compartilhada de cuidado.

Finalmente, o que se constata é que a **Coordenação do Cuidado** na saúde bucal, apresentou resultados inadequados em todos os componentes: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso a consultas/exames especializados e comunicação direta entre AB e atenção especializada. Ainda que não tenha alcançado o esperado, cabe destaque para o Ordenamento de Fluxos Assistenciais, que obteve resultados maiores que 50% de adequação, devido a obrigatoriedade mínima das especialidades odontológicas definidas pela PNSB para o funcionamento dos CEOs.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa revelou a baixa adequação do atributo da APS Coordenação do Cuidado em Saúde Bucal em todo país, com desigualdades importantes nas subdimensões e nos itens que compõem cada uma delas. O atual modelo de atenção à saúde bucal tem como característica principal a integração da informação e gerenciamento do cuidado, no entanto ao analisar os números do PMAQ-AB (II Ciclo) percebe-se que este processo está muito aquém do ideal de “adequação” para a Coordenação do Cuidado a Atenção à Saúde Bucal do Brasil

Os números revelaram importantes desigualdades na adequação entre as regiões do país, IDH-M e cobertura de saúde bucal. Assim, para que a APS consiga de fato ser coordenadora do cuidado na SB são necessárias diversas melhorias como: investimento nas ferramentas de comunicação para integração da informação; prontuário eletrônico integrado a rede; criação de centrais de marcação mais eficientes; utilização das tecnologias de informação como comunicação eletrônica e o Telesaúde; e a organização do serviço no sentido de fazer a marcação de consulta na AE para o usuário, desenvolvimento de trabalho na gestão de filas e a inclusão do dentista regulador neste processo.

Por fim, é importante relatar as limitações encontradas neste estudo. Primeiramente por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados de fontes secundárias, o que nos força adequar os dados já coletados para o estudo em questão. Segundo a construção do intervalo de adequação, que mesmo com tantos questionamentos recebidos necessitou ser rigoroso (dicotômico), para verificar se foi feito o que era necessário fazer, de um modo desejável e se as normas definidas foram respeitadas (PNSB). Fato que levou o critério de avaliação ser o seguinte: a subdimensão foi considerada adequada se 100% dos itens fossem avaliados positivamente pelas equipes.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. T. DE. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública). Universidade de Minas Gerais. Belo Horizonte.

AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. Entre os campos científico e burocrático – A trajetória da avaliação em saúde no Brasil. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - Diálogos**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 372.

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–1856, 2017.

ALMEIDA, P. F. DE. **Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos**. 2010. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

ALVES, R. X. *et al.* Evolução do acesso à água fluoretada no Estado de São Paulo, Brasil: dos anos 1950 à primeira década do século XXI. **Cadernos de saúde pública**, v. 28 Suppl, p. s69-80, 2012.

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239–248, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 1886/GM, em 18 de dezembro de 1997. **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial da União. Brasília, 18 de dezembro de 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N. 1444/GM, em 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, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal**. Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.

Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004**. Brasília, DF, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v8.pdf)>. Acesso em: 20. jun.2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, em 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**, Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, em 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual Instrutivo**, Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016, Define o prontuário eletrônico como Modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências**. Brasília, DF, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017.

CARACIOLO, M. DE F.; MELO, D. DA S.; QUININO, L. R. M. DE. Avaliação normativa das ações dos enfermeiros da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 153–168, 2016.

CASTRO, B. M. DA C. **Avaliação da Atenção Básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB – CICLO II)**. 2017. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Manaus.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A apreciação normativa. In: BROUSELLE, A. (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 77–94.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Avaliação no campo de saúde: conceitos e métodos. In: BROUSELLE, A. (org.) **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 19–40.

CHAVES, M. M. Odontologia Social. In: **Odontologia Social**. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: 1986.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1005–1013, 2010.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da Atenção em Saúde em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 92–100, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29–47.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1029–1042, 2011.

D’AVILA, O. P. Avaliação de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde: análise psicométrica e exploratória. 2016. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DA COSTA JÚNIOR, S.; SERRA, C. G. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos UniFOA**, v. 6, n. 15, p. 73–90, 2017.

DE CARVALHO, R. B. *et al.* Informatização na área da saúde/odontologia: prontuário único e eletrônico do paciente. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 3, 2012.

DIAS, M. P.; GIOVANELLA, L. Prontuário eletrônico - uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 7, n. 2, 2013.

DO NASCIMENTO, A. A. DO M. *et al.* Regulação em Saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 346–352, 2009.

DUBOIS, C.A. *et al.* Histórico da Avaliação. In: BROUSELLE, Astrid (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 19–39.

ELY, H. C.; CARVALHO, D. Q. E; SANTOS, M. DOS. **Políticas de saúde bucal**. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf>>. Acesso em: 12. ago. 2017

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 13–33, 2014.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553–563, 2006.

FELISBERTO, E. *et al.* Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006 : contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 9, n. 3, p. 339–357, 2009.

FEO, J. J. O.; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? **Rev Adm Sanit**, v. 4, n. 2, p. 357–382, 2006.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. DE. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259–267, 2009.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 11, n. 23, p. 427–438, 2007.

FREITAS, C. H. S. DE M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 131–143, 2016.  
FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 12, p. 2643–55, 2014.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **Semergen**, v. 31, n. 9, p. 418–423, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. **Atenção Primária à Saúde**: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.92p.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F. DE; CAETANO, J. C. Rede de atencao a saude bucal: organizacao em municipios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318–332, 2014.



GOES, P. S. A. DE *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. suppl, p. s81–s89, 2012.

GOMES, D.; DA ROS, M. A. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1081–1090, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z. M. DE A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 413–429, 2002.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010.

LEANDRO, S. S.; MONTEIRO, P. S. Avaliação da Coordenação da Atenção na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, p. 65–69, 2017.

LIMA, S. C. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1005–1013, 2010.

LIMA, J. G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016. 244 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LIMA JUNIOR, I. A. **Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro**. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LIMA, R. DE C. G. S. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 8, n. 2, p. 15–25, 2017.

LIMÃO, N. P. *et al.* Oferta da assistência odontológica especializada na atenção básica do Brasil, Nordeste e Paraíba. **Refacs**, v. 5, n. 1, p. 131–140, 2017.

LINO, P. A. *et al.* Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3879–3888, 2014.

MACHADO, F. C. DE A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para debate**, n. 51, p. 14–29, 2014.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; NETO, R. S. A. O Prontuário Eletrônico do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Organização Pan Americana de Saúde, 2003.

MCDONALD, K. M. *et al.* Care Coordination Measures Atlas Quality Indicators Improving Primary Care. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2014. Disponível em: <[https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm\\_atlas.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf)>. Acesso em: 20. Jun. 2018

MELLO, A. L. S. F. DE *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205–214, 2014.

MELLO, M. DE S. N.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. Análise Sobre a Regulação dos Serviços Odontológicos do Complexo Regulador de Florianópolis: uma ferramenta para a gestão. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 8, p. 177–200, 2013.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: HUCITEC (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo, 1993. p. 19–91.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Avaliação da Atenção à Saúde Bucal. In: TANAKA, O.Y. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para a incorporação no cotidiano**. São Paulo: Atheneu, 2017. p. 248.

NASCIMENTO, R. DO. **Atenção Básica em Saúde Bucal em Góias**. 2016. 61f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Góias, Goiânia.

NEVES, M. **Integralidade da Atenção Básica à Saúde Bucal no Brasil: Análise de dados do PMAQ-AB**. 2016, 82f. Tese (Doutorado em Saúde Bucal Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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

OLIVEIRA, A. E. F. DE; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luis: UNA-SUS/UFMA, 2016 57p.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, 2013.

OMS. **The World Health report 2008 - Primary health care - Now More Than Ever**. Geneva: WHO Press, 2008. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31\\_03\\_2010\\_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4d](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4d)>

e044a8feeacdc.pdf>. Acesso em: 12. ago. 2017.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C., 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf)>. Acesso em: 12. ago. 2017.

PATRÍCIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: Uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, v. 21, n. 3, p. 121–131, 2011.

PIMENTEL, F. C. *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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. sup, p. s146–s157, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942 - 1960). **Educar em Revista**, n. especial 2, p. 277–290, 2010.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Implementação do prontuário eletrônico do paciente: um estudo bibliográfico das vantagens e desvantagens para o serviço de saúde. **Revista Pró-univerSUS**, v. 9, n. 1, p. 7–11, 2018.

ROCHA, R. DE A. C. P.; GOES, P. S. A. DE. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2871–2880, 2008.

RODRIGUES, M. F. Prevenção e promoção da saúde bucal no atendimento comunitário. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2010. p. 479.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 48–63, 2016.

SANTOS, D. M. DOS *et al.* Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 29–35, 2006.

SANTOS, T. M. M. G. DOS *et al.* Tendências Da Produção Científica Sobre Avaliação em Saúde no Brasil. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 171–179, 2010.

SILVA, H. E. C. DA; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2645–2657, 2017.

SOBRINHO, J. E. DE L. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 136–146, 2015.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 584–92, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária** - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

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

VASCONCELOS, K. C. E. DE; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 167–176, mar. 2012.

VIEIRA, L. B. **Política nacional e contexto local: a Atenção à Saúde Bucal em municípios do estado do Ceará**. 2013. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro.

ZANETTI, C. H. G. **A utilidade como função para universalidade e equidade: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família**. 2005. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro.

## ANEXOS

Tabela 01 - Resumo da Avaliação da adequação da Coordenação do Cuidado através das subdimensões e variáveis contextuais

VARIÁVEIS DE CONTEXTO	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	CONTINUIDADE INFORMACIONAL				ORDENAMENTO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS				ACESSO A CONSULTA/EXAMES ESPECIALIZADOS				COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DA AB E ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		NÃO ADEQUADO	%	ADEQUADO	%	NÃO ADEQUADO	%	ADEQUADO	%	NÃO ADEQUADO	%	ADEQUADO	%	NÃO ADEQUADO	%	ADEQUADO	%
MACRORREGIÕES DO BRASIL	CENTRO-OESTE	1548	98,47	24	1,53	510	51,1	489	48,9	772	77,3	227	22,7	1115	71,0	456	29,0
	NORDESTE	7688	99,84	12	0,16	2915	52,7	2613	47,3	4811	87,0	717	13,0	5033	65,4	2667	34,6
	NORTE	1261	99,84	2	0,16	449	60,3	296	39,7	678	91,0	67	9,0	989	78,3	274	21,7
	SUDESTE	4927	98,01	100	1,99	1784	42,6	2403	57,4	2613	62,4	1574	37,6	2519	50,1	2508	49,9
	SUL	2415	94,63	137	5,37	874	40,9	1261	59,1	1347	63,1	788	36,9	1428	56,0	1124	44,0
<b>BRASIL</b>		<b>17839</b>	<b>98,48</b>	<b>275</b>	<b>1,52</b>	<b>6532</b>	<b>48,1</b>	<b>7062</b>	<b>51,9</b>	<b>10221</b>	<b>75,2</b>	<b>3373</b>	<b>24,8</b>	<b>11084</b>	<b>61,2</b>	<b>7029</b>	<b>38,8</b>
FAIXA DE POPULAÇÃO	<=5.000	1148	97,95	24	2,05	441	63,6	252	36,4	568	82,0	125	18,0	849	72,4	323	27,6
	5.001 – 10.000	1861	99,09	17	0,91	729	66,3	371	33,7	939	85,4	161	14,6	1389	74,0	489	26,0
	10.001 – 50.000	7789	98,90	87	1,10	3138	59,5	2135	40,5	4655	88,3	618	11,7	5247	66,6	2629	33,4
	50.001 – 100.000	2201	98,74	28	1,26	840	44,8	1034	55,2	1577	84,2	297	15,8	1199	53,8	1030	46,2
	101.000 – 500.000	2813	98,91	31	1,09	879	33,6	1737	66,4	1689	64,6	927	35,4	1384	48,7	1460	51,3
	>500.000	2027	95,84	88	4,16	505	24,8	1533	75,2	793	38,9	1245	61,1	1016	48,1	1098	51,9
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL	<=0,6200	5231	99,90	5	0,10	1945	63,8	1105	36,2	2872	94,2	178	5,8	3852	73,6	1384	26,4
	0,6201 – 0,7000	4916	99,55	22	0,45	1921	54,3	1619	45,7	2947	83,2	593	16,8	3129	63,4	1809	36,6
	> 0,7000	7692	96,88	248	3,12	2666	38,1	4338	61,9	4402	62,8	2602	37,2	4103	51,7	3836	48,3
COBERTURA DA SAÚDE BUCAL	COB<100	10638	98,24	191	1,76	1048	32,1	2217	67,9	5903	68,6	2696	31,4	6291	58,1	4537	41,9
	COB=100	7201	98,85	84	1,15	5484	53,1	4845	46,9	4318	86,4	677	13,6	4793	65,8	2492	34,2

FONTE: Banco de dados do PMAQ-AB (II ciclo), disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)

Tabela 02 – Avaliação positiva das equipes de SB por região do país e por subdimensões da Coordenação do Cuidado

<b>PADRÕES DE QUALIDADE</b>	<b>CENTRO -OESTE</b>	<b>NOR DESTE</b>	<b>NORTE</b>	<b>SUDEST E</b>	<b>SUL</b>	<b>BRASIL</b>
<b>CONTINUIDADE INFORMACIONAL</b>						
Sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações	79,8%	97,7%	93,8%	87,4%	74,8%	89,8%
Prontuário eletrônico implantado na Equipe	13,2%	0,7%	2,2%	10,9%	31,8%	9,1%
Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	68,6%	70,6%	64,7%	76,4%	76,9%	72,9%
Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca*	15,6%	16,2%	7,8%	33,9%	32,6%	22,8%
Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca	73,6%	76,9%	66,6%	86,2%	87,9%	80,0%
<b>ORDENAMENTO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS</b>						
<b>Existência de protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para as seguintes especialidades</b>						
Cirurgia Oral	63,3%	57,9%	52,6%	68,6%	75,3%	64,0%
Endodontia	61,5%	57,5%	53,4%	69,4%	73,4%	63,7%
Pacientes com necessidades especiais	57,8%	52,7%	47,4%	65,3%	67,2%	58,9%
Periodontia	58,4%	53,6%	47,1%	64,2%	68,5%	59,2%
<b>ACESSO A CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS</b>						
<b>Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis</b>						
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	12,30%	8,90%	5,50%	16,60%	24,10%	13,70%
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente	31,90%	17,60%	16,40%	52,60%	55,00%	35,30%
<b>O município oferta na rede de atenção à saúde, as especialidades odontológicas:</b>						
Cirurgia Oral	88,10%	90,00%	87,00%	91,40%	90,00%	90,10%
Endodontia	76,70%	81,80%	78,80%	85,80%	78,70%	82,00%
Pacientes com necessidades especiais	78,70%	79,30%	76,50%	86,10%	81,20%	81,50%
Periodontia	78,00%	81,30%	78,50%	81,50%	78,50%	80,50%
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	57,80%	50,50%	37,90%	60,50%	65,80%	55,20%
<b>COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>						
Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	58,10%	62,80%	50,20%	73,90%	76,40%	66,50%
Existe fluxo institucional de comunicação	34,20%	39,40%	26,60%	54,80%	48,10%	43,50%
A equipe utiliza a Comunicação eletrônica como fluxo de comunicação institucionalizado	34,80%	23,00%	22,00%	34,20%	42,20%	30,70%
A equipe utiliza Reuniões técnicas com os especialistas da rede como fluxo de comunicação institucionalizado	30,40%	33,10%	33,30%	31,70%	31,10%	32,10%
A equipe utiliza a Teleconferência como fluxo de comunicação institucionalizado	6,30%	3,30%	4,20%	9,40%	8,40%	6,50%
A equipe utiliza a Telesaúde como fluxo de comunicação institucionalizado	11,70%	6,20%	3,30%	12,10%	11,20%	9,30%
A equipe utiliza o Prontuário eletrônico como meio de comunicação institucionalizado	15,10%	1,00%	4,50%	8,40%	24,90%	8,40%
A equipe utiliza a Ficha de referência/contra referência.	86,20%	85,60%	81,30%	88,00%	86,20%	86,40%

Tabela 03 – Avaliação positiva das equipes de SB por Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e por subdimensões da Coordenação do Cuidado

<b>PADRÕES DE QUALIDADE</b>	<b>≥ 0,62</b>	<b>0,62→0,70</b>	<b>&gt;0,70</b>
<b>CONTINUIDADE INFORMACIONAL</b>			
Sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações	97,0%	93,7%	82,8%
Prontuário eletrônico implantado na Equipe	0,7%	3,7%	18,1%
Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	60,5%	71,0%	79,3%
Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca*	11,7%	16,7%	33,9%
Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca	68,4%	76,9%	89,7%
<b>ORDENAMENTO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS</b>			
<b>Existência de protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para as seguintes especialidades</b>			
Cirurgia Oral	49,9%	56,5%	74,0%
Endodontia	47,8%	56,4%	74,3%
Pacientes com necessidades especiais	44,2%	53,1%	68,3%
Periodontia	43,3%	52,4%	69,6%
<b>ACESSO A CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS</b>			
<b>Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais as formas possíveis</b>			
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	7,8%	9,9%	18,2%
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente	15,9%	27,2%	47,8%
<b>O município oferta na rede de atenção à saúde, as especialidades odontológicas:</b>			
Cirurgia Oral	84,2%	87,6%	94,0%
Endodontia	70,3%	78,3%	89,0%
Pacientes com necessidades especiais	70,0%	81,3%	86,6%
Periodontia	70,1%	78,0%	86,3%
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	46,2%	52,5%	62,8%
<b>COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>			
Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	54,3%	63,9%	76,2%
Existe fluxo institucional de comunicação	30,3%	41,2%	53,7%
A equipe utiliza a Comunicação eletrônica como fluxo de comunicação institucionalizado	24,7%	26,5%	35,0%
A equipe utiliza Reuniões técnicas com os especialistas da rede como fluxo de comunicação institucionalizado	27,5%	32,4%	33,7%
A equipe utiliza a Teleconferência como fluxo de comunicação institucionalizado	4,3%	5,0%	7,9%
A equipe utiliza a Telesaúde como fluxo de comunicação institucionalizado	7,4%	8,4%	10,4%
A equipe utiliza o Prontuário eletrônico como meio de comunicação institucionalizado	0,9%	1,8%	14,3%
A equipe utiliza a Ficha de referência/contra referência.	80,6%	85,2%	89,1%

Tabela 04 – Avaliação positiva das equipes de SB por Cobertura das ESB e por subdimensões da Coordenação do Cuidado

<b>PADRÕES DE QUALIDADE</b>	<b>&lt; 100%</b>	<b>= 100%</b>
<b>CONTINUIDADE INFORMACIONAL</b>		
Sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações	86,5%	94,7%
Prontuário eletrônico implantado na Equipe	11,2%	6,0%
Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	76,5%	66,8%
Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca*	26,1%	17,9%
Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca	82,7%	76,0%
<b>ORDENAMENTO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS</b>		
<b>Existência de protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para as seguintes especialidades</b>		
Cirurgia Oral	69,9%	53,9%
Endodontia	70,0%	52,9%
Pacientes com necessidades especiais	64,9%	48,6%
Periodontia	65,9%	47,6%
<b>ACESSO A CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS</b>		
<b>Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais as formas possíveis</b>		
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	15,4%	10,8%
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente	39,4%	28,2%
O município oferta na rede de atenção à saúde, as especialidades odontológicas:		
Cirurgia Oral	92,9%	85,3%
Endodontia	87,2%	73,1%
Pacientes com necessidades especiais	85,7%	74,3%
Periodontia	85,2%	72,4%
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	57,8%	51,3%
<b>COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>		
Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	68,9%	61,7%
Existe fluxo institucional de comunicação	47,1%	38,3%
A equipe utiliza a Comunicação eletrônica como fluxo de comunicação institucionalizado	32,6%	27,3%
A equipe utiliza Reuniões técnicas com os especialistas da rede como fluxo de comunicação institucionalizado	34,2%	28,3%
A equipe utiliza a Teleconferência como fluxo de comunicação institucionalizado	7,1%	5,3%
A equipe utiliza a Telesaúde como fluxo de comunicação institucionalizado	9,2%	9,4%
A equipe utiliza o Prontuário eletrônico como meio de comunicação institucionalizado	11,1%	3,4%
A equipe utiliza a Ficha de referência/contrareferência.	88,5%	82,5%