



Priscilla Lopes Ferreira da Silva Oliveira

**Avaliação da qualidade da Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde em uma região do
município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Priscilla Lopes Ferreira da Silva Oliveira

Avaliação da qualidade da Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde em uma região do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo FIOCRUZ, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ângela Oliveira Casanova.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas, Sistemas e Programa.

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48a Oliveira, Priscilla Lopes Ferreira da Silva.
Avaliação da qualidade da Saúde Bucal na Atenção Primária a
Saúde em uma região do município do Rio de Janeiro / Priscilla Lopes
Ferreira da Silva Oliveira. -- 2022.

106 f. : tab., quad., graf.

Orientadora: Ângela Oliveira Casanova.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Avaliação de
Serviços em Saúde. 4. PCATool. 5. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Priscilla Lopes Ferreira da Silva Oliveira

Avaliação da qualidade da Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde em uma região do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo FIOCRUZ, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 31 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Ana Reis

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dr. Otávio Pereira D'Avila

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia

Prof.^a Dra. Márcia Raposo Lopes

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dra. Ana Laura Brandão

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Este trabalho é dedicado àqueles que são a razão diária da minha vida: minha filha Antônia Oliveira e meu esposo Dyogo Oliveira.

AGRADECIMENTOS

Cursar o mestrado sempre foi um projeto, em meio a uma Pandemia que jamais imaginei presenciar, iniciei a realização deste curso, foram inúmeros os desafios, trabalhar no SUS, no enfrentamento de algo desconhecido, assustador e devastador e ainda assim completar as tarefas e trabalhos. O convívio se reinventou, as aulas presenciais foram remotas, as relações virtuais, mas tudo isso agregou um valor ainda maior nesse processo de troca e aprendizagem, que compôs essa trajetória.

Agradeço primeiramente a Deus, por cada momento, por permitir que chegasse até aqui. À minha família que me proporcionou todo suporte para eu ser quem eu sou. Ao meu esposo, Dyogo, um parceiro de vida, que acreditou, torceu e sonhou comigo, contribuindo imensamente para conclusão de cada etapa, sempre ao meu lado. Agradeço a minha filha Antônia, que me torna uma pessoa melhor a cada dia e me enche de esperança com seu sorriso, me mostrando que sempre há forças para continuar.

Não poderia deixar de mencionar os amigos que encontrei durante os treze anos de trajetória de trabalho no SUS, em especial aos que estão ao meu lado atuando na gestão, nos últimos dois anos. Aos colegas Dentistas que participaram do estudo, nesta área que atuei durante doze anos, desde que conclui a residência, local que tanto aprendi.

Agradeço ainda minha orientadora Ângela Casanova, clara, objetiva, um doce encontro e presente, que me conduziu neste caminho até aqui.

RESUMO

A Odontologia, por muitos anos esteve à margem das políticas públicas de saúde, resultando no acesso limitado dos brasileiros. Embora a ampliação desse serviço seja significativa, ainda está longe do ideal. A incorporação das e-SB à APS deu-se no ano 2000. No entanto, ainda apresenta cobertura insuficiente. Atualmente, o número de e-SB é inferior ao número de e-SF, o que traz uma cobertura desigual. O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal na AP 5.3, no município do Rio de Janeiro, a partir da mensuração da presença dos atributos da Atenção Primária. Esta pesquisa é um estudo de avaliação da qualidade, de caráter transversal, descritivo e, analítico, com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários por meio de formulário eletrônico realizado em formato de questionário com perguntas e repostas estruturadas, baseados no instrumento PCATool saúde bucal validado em língua portuguesa, com análise de frequências simples e elaboração de indicadores por atributo. O público desta pesquisa considerou todos os Cirurgiões Dentistas (CENSO) atuantes em uma região do município do Rio de Janeiro, totalizando 25 unidades básicas de saúde. O serviço de saúde bucal apresentou escore essencial (EE) 7,82 e o escore geral (EG) 8,29, indicando forte orientação à APS. Considerando cobertura, UBS com cobertura de uma e-SB para uma e-SF apresentaram maior pontuação nos escores, sendo EE 9,15 e EG da APS 9,85. Unidades com a razão de cobertura entre 2 a 2,7 apresentaram EE 8,25 e EG 7,92, enquanto unidades com cobertura entre 3 e 4 apresentam EE 7,94 e EG 7,79, um pouco inferior, indicando uma orientação a APS um pouco menor. Considerando modelos de atenção, a atenção primária tradicional apresentou escore bem inferior EE 6,74 e EG 6,48, enquanto unidades com e-SB a apresentaram EE 7,90 e EG 7,79. O serviço de saúde bucal estudado apresenta forte orientação à APS. Consideramos a distribuição populacional entre as e-SB, verifica-se que unidades com a menor população apresentam maior orientação à APS. Entre os modelos de atenção, a ESF está mais orientada à APS do que o modelo tradicional. Contudo, poucos estudos utilizaram o PCATool como ferramenta de avaliação em serviços de saúde bucal.

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

ABSTRACT

Dentistry, for many years was on the sidelines of public health policies, resulting in limited access for Brazilians. Although the expansion of this service is significant, it is still far from ideal. The incorporation of e-SBs into APS took place in 2000. However, it still has insufficient coverage. Currently, the number of e-SB is lower than the number of e-SF, which brings uneven coverage. The objective of this study is to evaluate the quality of oral health care in AP 5.3, in the city of Rio de Janeiro, by measuring the presence of Primary Care attributes. This research is a quality assessment study, cross-sectional, descriptive and analytical, with a quantitative approach, with primary data collection through an electronic form carried out in the form of a questionnaire with structured questions and answers, based on the PCATool oral health instrument. validated in Portuguese, with simple frequency analysis and development of indicators by attribute. The public of this research considered all Dental Surgeons (CENSO) working in a region of the city of Rio de Janeiro, totaling 25 basic health units. The oral health service had an essential score (EE) of 7.82 and the general score (EG) of 8.29, indicating a strong PHC orientation. Considering coverage, UBS with coverage from an e-SB to an e-SF presented higher scores in the scores, with EE 9.15 and EG from APS 9.85. Units with coverage ratio between 2 and 2.7 presented EE 8.25 and EG 7.92, while units with coverage between 3 and 4 presented EE 7.94 and EG 7.79, a little lower, indicating an orientation towards APS a little smaller. Considering care models, traditional primary care had a much lower score EE 6.74 and EG 6.48, while units with e-SB had a EE 7.90 and EG 7.79. The oral health service studied is strongly oriented to PHC. Considering the population distribution among the e-SBs, it appears that units with the smallest population are more oriented to PHC. Among the care models, the ESF is more PHC-oriented than the traditional model. However, few studies used the PCATool as an assessment tool in oral health services.

Keywords: primary health care; oral health; service health evaluation, PCAToll.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Atributos, Componentes e itens PCATool-Brasil Saúde Bucal Versão Profissionais.....	39
Quadro 2 – Classificação das unidades, considerando a quantidade de e-SB e e-SF, AP 5.3MRJ, 2022.....	46
Gráfico 1 – Histórico de implantação das e-SF e s-SB, no Brasil, 2011 -2019.....	49
Gráfico 2 – Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, de acordo modelo de assistência, AP 5.3 MRJ, 2022.....	51
Quadro 3 – Itens do Atributo Integralidade - serviços prestados, que APT obteve média de escore maior, comparado a ESF, na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.....	52
Gráfico 3 – Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, de acordo modelo de assistência e proporção ideal, AP 5.3 MRJ, 2022.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos Cirurgiões Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.....	43
Tabela 2 - Distribuição por unidade das e-SB, e-SF e total da população, AP5.3 MRJ, 2022.....	45
Tabela 3 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, de acordo com cobertura populacional, AP 5.3 MRJ, 2022.....	47
Tabela 4 - Escore médio (0-10) dos Componentes do atributo: Integralidade serviços prestados da APS na perspectiva dos Dentistas, onde a UBS com proporção ideal obteve média de escore inferior, na comparação as demais, AP 5.3 MRJ, 2022.....	50
Tabela 5 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.....	54
Tabela 6 - Escore médio (0-10) do atributo Acesso, por item, da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.....	55
Tabela 7 - Escore médio (0-10) do atributo Longitudinalidade, por item, da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.....	58
Tabela 8 - Escore médio (0-10) dos atributos derivados da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitários de Saúde
AP	Áreas Programáticas
APT	Atenção Primária Tradicional
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária a Saúde
APT	Atenção Primária Tradicional
CF	Clínicas da Família
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CMS	Centros Municipais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
e-AB	Equipes de Atenção Básica
e-SB	Equipes de Saúde Bucal
e-SF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IdSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INE	Identificador Nacional de Equipes
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MS	Ministério da Saúde
Nasf- -AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assesement Tool</i>
PCATool-SB	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Saúde Bucal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional

TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	PROBLEMA	17
4	OBJETIVOS	18
4.1	OBJETIVO GERAL.....	18
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
5	HIPÓTESE	19
6	REVISÃO DE LITERATURA	20
6.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
6.2	A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA APS NO SUS.....	23
6.3	MOVIMENTOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA APS NO BRASIL.....	25
6.3.1	Atributos da APS e PCATool: uma proposta de qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde da família	28
6.4	AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	31
7	METODOLOGIA	35
7.1	TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO.....	35
7.2	LOCAL DO ESTUDO.....	35
7.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO/POPULAÇÃO ALVO.....	36
7.4	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	36
7.5	COLETA DOS DADOS.....	37
7.6	RISCO E BENEFÍCIOS.....	38
7.7	INSTRUMENTO.....	38
7.8	ANÁLISE DE DADOS.....	41
7.9	DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	42
7.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
8.1	AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DOS ATRIBUTOS NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE COBERTURA.....	45
8.2	AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DOS ATRIBUTOS CONSIDERANDO O MODELO DE ATENÇÃO: ESF E APS TRADICIONAL.....	51
8.3	AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS CONSIDERADOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM	

	SAÚDE (APS) NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL.....	54
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICE A – Questionário PCATool Google Forms.....	71
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS não acompanhou o processo de organização dos demais serviços de saúde, sendo construída de forma paralela e afastada dos demais processos, o lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004 propõe uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral (BRASIL, 2006).

Em sua concepção original os modelos assistenciais de saúde bucal brasileiros eram voltados aos escolares, com foco curativo/preventivo. Em 2004, as publicações das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da saúde e incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2004).

Na Estratégia de Saúde da Família até fevereiro de 2020 a saúde bucal era contemplada quando compostas por profissionais de Saúde Bucal que se somam aos profissionais das equipes. Tal fato é alterado a partir da publicação da portaria nº 99/SAES/MS, em 07 de fevereiro de 2020, que institui a criação do Identificador Nacional de Equipes(INE) próprio para Equipes de Saúde Bucal (e-SB) e financiamento específico.

No município do Rio de Janeiro a trajetória da assistência à saúde bucal segue o mesmo caminho da consolidação nacional. Antes da década de 1990, os procedimentos realizados na saúde bucal eram essencialmente cirúrgicos e mutiladores, dentro de uma orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. No final da década de 90, foi criado o primeiro programa de saúde bucal denominado “Programa Riso do Rio. Diferente do modelo anterior este foi pautado na atenção integral e teve forte caráter preventivo, embora ainda pouco inclusivo, com foco no público materno-infantil (RIO DE JANEIRO, 2020).

Alinhado a discussão nacional, a ampliação e reorganização dos serviços de saúde bucal, em 2007, foi publicada no Diário Oficial a Política Municipal de Saúde Bucal – Programa “Carioca Rindo à Toa”, que representou um novo avanço para um modelo de atenção em saúde bucal, com destaque principal para a ampliação da cobertura para todos os

residentes da cidade do Rio de Janeiro, independentemente da idade (RIO DE JANEIRO, 2007).

A Política Nacional de Saúde Bucal se apresenta como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS, seja no âmbito nacional ou municipal. O referencial teórico considerado nestes documentos adotou a definição de Atenção Primária a Saúde, proposta por Starfield e em consequência seus atributos (BRASIL, 2006).

Segundo Starfield (2001) a Atenção Primária a Saúde (APS) propõe quatro atributos essenciais: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; e coordenação de atenção. Além dos componentes essenciais, outras três dimensões, denominadas “derivadas”, que qualificariam as ações dos serviços de APS: orientação familiar (atenção à saúde pessoal e familiar); orientação da comunidade; competência cultural.

Assim, uma APS forte deve ser orientada por seus atributos, uma vez que a sua presença promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo no estado de saúde de populações e pessoas.

Esses atributos podem ser avaliados, de forma a mensurar a orientação do serviço para à APS. É neste contexto de expansão e consolidação dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, que se coloca a necessidade desta avaliação.

Em 2020 o Ministério da Saúde lança uma atualização do instrumento. Este se apresenta como uma proposta de substituição ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em vigor até então Figueiredo (2011) após análise de concordância entre o PCATool e o instrumento para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), afirma a discordância entre os instrumentos e sugere que o PCATool seja utilizado como ferramenta preferencial na avaliação da qualidade da APS, visto a ausência de estudos de validação do AMQ e estudos publicados avaliando o PCATool.

A ampliação da atenção primária em saúde bucal no Brasil através da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes da ESF aponta para a necessidade de avaliar o processo de trabalho dessas equipes e as práticas de saúde bucal nos diferentes contextos (BRASIL, 2008).

Especificamente na saúde bucal, é importante observar que existem poucos estudos que se propõem a avaliar de forma sistemática sua qualidade no âmbito da APS no Brasil (CHAVEZ et al., 2012; PIMENTEL et al. 2012; ROCHA; GOES, 2008). Assim, observa-se

uma lacuna de conhecimento nesta área. É neste cenário que o PCATool representa uma importante ferramenta de avaliação, podendo oferecer parâmetros válidos e contribuição para evolução da qualidade da atenção prestada em nível primário no país.

Em meados de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou estado de Pandemia da doença COVID -19. Esta doença intitulada COVID-19 é uma pandemia global emergente causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) e se originou na cidade de Wuhan na China (PERLMAN, 2020; TAN et al., 2020). Os primeiros casos tiveram origem no mercado de frutos do mar da cidade exatamente na virada do ano de 2020 (TAN et al., 2020). Em meados de março 2020, quando a OMS declarou estado de pandemia.

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, em resposta à situação pandêmica, o Ministro da Saúde do Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, reforçada, em 20 de março de 2020, pelo Congresso Nacional que decretou estado de calamidade pública até 31 de dezembro de 2020 (BRASIL, 2020).

As primeiras medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, foram decretadas pela lei federal Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, à época ainda como surto (BRASIL, 2020). Este cenário trouxe mudanças importantes na organização do serviço e na oferta de acesso, uma vez que os esforços foram voltados a contenção da disseminação do vírus e no enfrentamento a Pandemia. A Saúde bucal, devido ao risco de contaminação cruzada e produção de aerossóis durante os procedimentos odontológicos, precisou reduzir seu atendimento apenas as urgências, atendimentos eletivos foram suspensos. Além disso, os Dentistas, bem como todos os profissionais da saúde, foram deslocados a processos de enfrentamento a COVID-19. Diante deste cenário, fica uma dúvida se impactos dessa situação epidemiológica poderá interferir no resultado dessa pesquisa.

2 JUSTIFICATIVA

A Odontologia, por muitos anos esteve à margem das políticas públicas de saúde, resultando no acesso limitado dos brasileiros. Embora a ampliação desse serviço seja significativa, ainda está longe do ideal. A incorporação das Equipes de Saúde Bucal à APS deu-se no ano 2000. No entanto a Saúde Bucal ainda apresenta cobertura insuficiente. Dados do último SB Brasil (2010) relatam que cerca de 18% da população jovem de 12 anos nunca foi a Dentista. A incorporação das equipes de saúde bucal a Estratégia De Saúde da Família representou uma mudança no modelo assistencial em Saúde Bucal, que até então era baseado em práticas curativas e para uma população específica. Essa ampliação do serviço representou um maior acesso, contudo observa-se por muitas vezes uma prática pouco integrada.

Atuando na estratégia de saúde da família desde 2009, no município do Rio de Janeiro, presenciei uma expansão significativa na cobertura das equipes, contudo a saúde bucal não acompanhou tal avanço e, nos últimos quatro anos, observou-se uma retração desse serviço. Desta forma, esta vivência desperta interesse em mensurar o impacto deste cenário sobre os atributos da atenção primária nestas equipes.

Atualmente, o número de equipes de saúde bucal é inferior ao número de equipes de Saúde da Família, o que traz uma cobertura desigual. No município do Rio de Janeiro adota-se uma proporção de três equipes de e-SF para uma e-SB. Contudo, existem poucos estudos quanto a orientação do processo de trabalho dessas equipes para atenção Primária à Saúde e observa-se uma lacuna no conhecimento acerca da avaliação do seu processo de trabalho.

Considerando a avaliação como uma proposta formativa, reflexiva no seu próprio processo, a avaliação das equipes de saúde bucal pode contribuir para que as equipes compreendam os avanços e limitações acerca de como se encontra a orientação do seu processo de trabalho para à APS, além de fomentar novos conhecimentos e formas de fazer e integrar e favorecer a tomada de decisão dos gestores na reformulação dos processos envolvidos. Além disso, este estudo também pode apontar as potencialidades e limites dessa ferramenta PCATool na avaliação das equipes de saúde bucal.

3 PROBLEMA

A cobertura desigual entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família compromete o pleno alcance dos atributos da atenção primária.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal na AP 5.3, no município do Rio de Janeiro, a partir da mensuração da presença dos atributos da Atenção Primária.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) avaliar a presença e extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Equipes de Saúde Bucal da AP 5.3, na perspectiva dos profissionais;
- b) comparar o resultado entre as equipes de saúde bucal da AP 5.3, considerando diferentes cenários de cobertura; e
- c) comparar o resultado entre as equipes de saúde bucal da AP 5.3, considerando o modelo de atenção da ESF e APS tradicional.

5 HIPÓTESE

A presença dos atributos da Atenção Primária a Saúde, tende a variar entre unidades com diferente cobertura.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A discussão de Atenção Primária à Saúde (APS), ganha visibilidade nacional com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Na ocasião a Conferência enfatiza o conceito de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, sendo este um direito humano fundamental e deve ser uma meta social mundial, reconhecendo a necessidade de ações integradas entre muitos outros setores sociais e econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A realização da Conferência é influenciada pelo cenário político econômico da época e considerou os custos do setor saúde. Percebe-se a associação entre o desenvolvimento econômico como condição essencial para a realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000.

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial. No Brasil, as primeiras experiências propondo os cuidados primários datam da primeira metade do século XX. Essa discussão dos cuidados básicos em saúde é iniciada com a Constituição de 1988, que define a saúde como direito de cidadania e cria o Sistema Único de Saúde (SUS), consequência das ações do Movimento Sanitário Brasileiro. O Movimento Sanitário Brasileiro diferencia-se na utilização do termo “atenção básica à saúde”, com o intuito de buscar uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA et al., 2008).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma política de Estado, que tem o intuito de reorientar a atenção à saúde no Brasil. Inicialmente, o MS concebeu a saúde da família como um programa, entretanto, a partir de 1996, busca-se romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1996).

Assim, a história da saúde da família no Brasil teve seu primeiro ciclo até 1996, quando o então Programa de Saúde da Família (PSF) era visto como um modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (1994), o PSF deveria ser implantado, prioritariamente, nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), de acordo com as características geográficas e a distribuição da população em cada município. A partir de 1996, o PSF passa a ser considerado ESF, uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência. Essa mudança de concepção pode ser evidenciada pelas transformações na modalidade de financiamento. Nos primeiros anos de implantação, o apoio financeiro a municípios que queriam aderir à proposta era firmado através de convênios. A partir da NOB 96, a forma de financiamento é reformulada, através da instituição do Piso de Atenção Básica Variável, onde o repasse acontece fundo a fundo. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu que o financiamento aos municípios seria realizado considerando o número de equipes implantadas. A transferência de recursos fica vinculada à alimentação obrigatória dos sistemas de informação do MS (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, bem como sua regulamentação de implantação e operacionalização, utiliza o termo “Atenção Básica a Saúde”. Em sua revisão, no entanto, através da Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2011, os termos Atenção Primária À Saúde e Atenção Básica são considerados equivalentes.

A PNAB 2017 confirma essa equivalência entre os termos Atenção Primária a Saúde e Atenção Básica e a define como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Vale mencionar, o contexto político e a agenda nacional onde se deu a revisão da PNAB: precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, logo revogada diante das repercussões políticas; momento em que foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base

na inflação; além de um discurso de eficiência econômica que defendia a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Assim imersos em um cenário político de frequentes discursos neoliberais é instituída a nova PNAB.

A Política Nacional de Atenção Básica passa a remunerar Equipes de Atenção Básica (e-AB) formadas por médicos, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem; faculta a presença de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE); reduz a carga horária mínima por categoria profissional na e-AB. Para as Equipes de Saúde da Família (e-SF), ela deixa de estabelecer o mínimo de quatro ACS por equipe, que poderão aferir sinais vitais e glicemia e realizar curativos. Apresenta Equipe de Atenção Primária (etapa) e permite o cadastro de médico e enfermeiro, com 20 ou 30 horas semanais; além de permitir a sua participação em mais de uma e-SB, etapa ou e-SF, sem risco de suspensão de repasse; flexibilizando a carga horária das equipes de saúde bucal (e-SB) nos mesmos moldes (BRASIL, 2017).

Em resumo, as principais mudanças apresentadas na PNAB 2017, refere-se ao número recomendado de pessoas por E-SF, que passa a ser a faixa de 2.000-3.500 diferente da recomendação anterior de 3.000 pessoas/equipe. O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior e não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe. Quanto as Equipes de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais. Os Nasf passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf - AB), suprimindo a noção de 'apoio' (MELO et al., 2018).

O Programa Previne Brasil instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, apresentado como novo modelo de financiamento alterou algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

Algumas críticas ao Programa Previne Brasil, indicam que o argumento do cadastramento como garantia do acompanhamento e cuidado aos usuários inscritos nas UBS, por si só não garantem acesso e atendimento efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado e afirmam que tal medida pode induzir a busca por cadastramento, sem incentivo financeiro federal significativo o que acarretaria aumento do número de equipes, porém dificuldade no seguimento do cuidado. Outro ponto abordado refere-se ao volume de recursos repassados, quando comparado valores nominais do PMAQ em 2019 com os valores do eixo

“desempenho” para 2020, haveria uma queda de repasse. O desestímulo à manutenção dos Nasf e a exclusão de algumas categorias (fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas) no Programa de Residência Multiprofissional elimina um diferencial positivo do sistema brasileiro e coloca em risco o princípio da integralidade (SETA, 2022).

Contra-argumentos são apresentados, Harzheim afirma que o Programa Previne Brasil foi lançado objetivo de fortalecer os atributos essenciais e derivados da APS propostos por Starfield.

6.2 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA APS NO SUS

O modelo de atenção odontológica inicialmente predominante no Brasil, durante décadas apresentou-se como um modelo curativo centrado na assistência ao indivíduo doente, sendo as ações realizadas individualmente pelo cirurgião-dentista e no consultório (BRASIL, 2006).

A saúde bucal no SUS, com abordagem familiar, é algo recente no Brasil. Antes da incorporação das Equipes de Saúde Bucal (e-SB) no modelo de cuidado da ESF, o público que acessava o serviço era basicamente limitado à faixa etária infanto-juvenil, com foco curativo/preventivo. A assistência odontológica ao público adulto se limitava basicamente aos atendimentos emergenciais, que frequentemente resultavam em mutilação do órgão dentário em razão da impossibilidade de tratamento (BRASIL, 2018).

Garcia (2006) destaca três marcos na trajetória política da Saúde Bucal, entre os anos de 2000 a 2004. O primeiro marco instituiu-se com a edição da portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais no Programa Saúde da Família. O segundo marco, com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em janeiro de 2004, que apontou caminhos para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. E o terceiro, com a construção do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, que efetivou a saúde bucal enquanto uma política pública de âmbito nacional.

A inserção das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família proporcionou para a odontologia um contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de atenção em saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais (SOUZA et al., 2001).

A inserção das equipes de saúde bucal na APS, a partir do Programa Saúde da Família representou uma mudança de modelo, não apenas pelo foco preventivo, como também pela ampliação do acesso.

A inserção das ESB na ESF por si só não garantiu a centralidade da agenda, uma vez que tal inserção foi subordinada, ou ainda, com “prioridade menor” quando comparados a outros arranjos institucionais (GARCIA, 2006).

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente, possibilitou a ampliação do acesso e continuidade do tratamento odontológico gratuito por meio do SUS e possibilitou que a Odontologia ganhasse um maior destaque no campo da integralidade da atenção. A PNSB estabeleceu diretrizes, para a assistência odontológica, baseadas no conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo no qual a concepção de saúde é centrada na promoção de boa qualidade de vida (BRASIL, 2004).

A consolidação dessa política se deu de forma heterogênea e a ampliação do número de e-SB não acompanhou em quantidade o mesmo número de e-SF. Além disso, de acordo com as informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, este quantitativo apresentou alteração dos últimos dez anos. Em janeiro de 2011 a cobertura de e-SB, no município do Rio de Janeiro, era de 14,72%, chegando a 47% em novembro de 2017 e caindo novamente para 37% em junho de 2019, último dado disponível (FAUSTO et al., 2014).

O Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde (IdSUS) que mede a cobertura das e-SB, considera adequado que exista pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal da atenção básica para cada grupo de 3000 pessoas residentes (BRASIL, 2015). No entanto, mesmo sendo identificada a ampliação do serviço, induzida por incentivos financeiros, esta proporção não é praticada e a ampliação da cobertura das Equipes de Saúde Bucal é inferior à cobertura das Equipes de Estratégia Saúde da Família.

Neste contexto, a avaliação torna-se uma importante ferramenta no processo de tomada de decisão por parte de gestores e colaboradores, que possibilita observar o desempenho das práticas na rotina dos serviços de saúde e qualificação das ações e serviços de saúde bucal na APS, bem como o impacto no estado de saúde da população (GOES, 2012).

6.3 MOVIMENTOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA APS NO BRASIL

A indução da adesão a estratégia de Saúde da Família como modelo de consolidação da APS, ocorre desde meados da década de 1990. Ao longo dos anos, sua abrangência foi ampliada, passando a incorporar na normativa da Política Nacional de Atenção Básica os atributos de uma APS integral. Com intuito de organizar e fortalecer a Atenção Básica, o Ministério da Saúde apoiado pelo Banco Mundial (BIRD) propôs, através da portaria Nº 588, de 07 de abril de 2004, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Com a previsão de ser desenvolvido em três fases no período de oito anos, o projeto visava assegurar melhor organização dos sistemas locais de saúde, a qualificação do processo de trabalho e a melhoria nos desempenhos de serviços. A primeira fase estruturava-se em três componentes: 1) apoio à conversão do modelo de atenção; 2) formação e capacitação de recursos humanos; 3) monitoramento e avaliação (BRASIL, 2003).

O PROESF à época, foi principal responsável pelo processo de avaliação no campo da APS, desencadeando a institucionalização da avaliação (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; BODSTEIN et al., 2006). No âmbito do PROESF, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família, com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

As primeiras iniciativas para avaliação da Atenção Primária à Saúde de forma nacional e sistemática, norteadas pelo Ministério da Saúde (MS) foi o Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OPAS), em 2008. Esta iniciativa foi desenvolvida pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (AMQ, 2008). A AMQ apresentava cerca de 300 padrões de qualidade subdivididos em cinco instrumentos de auto avaliação dirigidos à gestão e às equipes (secretário municipal de saúde, coordenador da SF, responsável pela unidade de Saúde da Família, equipes I e II). E foi precursora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ instituído pela portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011, trazia o incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Atualizada em 2015 pela Portaria nº 1.645, do GM/MS tinha como

objetivos induzir a instituição de processos que ampliassem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, e qualificar a atenção prestada pelas Equipes de Atenção Básica. Organizado em quatro fases que se complementavam e que conformavam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB sendo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. (PMAQ, 2015). No primeiro ciclo de implementação do PMAQ-AB, 70% dos municípios brasileiros aderiram e muitos deles contratualizaram pelo menos 50% de suas equipes de Atenção Básica à Avaliação Externa, conforme previa o programa (FAUSTO et al., 2014).

Fontenelle (2012) critica do ponto de vista técnico, a criação de instrumentos próprios para utilização no Programa para Melhoria da Qualidade, como avaliação da atenção primária, uma vez que já existem instrumentos consagrados e validados como o AMQ e o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*.

Outra crítica a institucionalização do PMAQ se apresenta no que tange aos demais processos de trabalho nas equipes, como estímulo à relação competitiva entre equipes e à obtenção do reconhecimento por mérito, essencialmente relacionada à quantificação da produção e aos indicadores de resultados, com ênfase na diminuição de doenças, podendo ser considerada um caminhar na direção de uma saúde por resultados, em lugar de reafirmar o direito universal à saúde integral (MOTA, 2015).

Os resultados publicados a partir dos resultados do PMAQ, sofreram por inúmeras análises, especificamente no âmbito da atuação das equipes de saúde bucal, o estudo desenvolvido por Casotti et al. (2014), a partir desses resultados, buscou analisar a presença de dois atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS): o ‘acesso de primeiro contato’, a ‘integralidade’. Mesmo, reconhecendo que os instrumentos utilizados para a coleta de dados referentes à Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB não são organizados a partir dos parâmetros definidos por Starfield (2002), propõe uma correspondência entre as questões selecionadas nos Módulos II e III e os atributos selecionados. Após análise dos resultados os autores afirmam oportuna a ampliação do número de equipes de saúde bucal e dos serviços de média complexidade no país, embora os atributos de acesso e integralidade, avaliados no universo de equipes participantes ainda necessitam ser mais bem trabalhados para alcance do ideal e apontam a qualificação da gestão ou gerência setorial condições importantes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção em Saúde Bucal no país.

O PMAQ -AB foi adotado no país como principal política de indução da institucionalização da avaliação pelas equipes de atenção básica de 2011 até o lançamento do Manual PCATool-Brasil, no ano de 2020. Neste momento o MS apresenta o PCATool-Brasil como substituto do PMAQ e principal instrumento de avaliação da APS no SUS. Essas mudanças acompanham uma reestruturação no Ministério da saúde, com a criação da Secretária Nacional de Atenção Primária e uma série de mudanças, tais como lançamento do Programa Previne Brasil e mudança no financiamento da APS. Esses processos de modificações na agenda política da atenção básica no país são permeados por uma conjuntura neoliberal, observada desde 2017, com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. Mudanças que foram criticadas por organizações historicamente reconhecidas pela sua defesa ao SUS, por considerar: a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Além de, modificações na forma de financiamento das equipes, flexibilização de estratégias antes consideradas estruturantes, como o NASF, entre outros aspectos (MOROSINI et al., 2018).

Em 2020, o Ministério da Saúde lançou uma atualização do Manual do PCATool-Brasil, uma outra abordagem de avaliação da qualidade da atenção primária a saúde. O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), baseia-se nos pressupostos de Donabedian (1966) que considera elementos de estrutura e processo de cada um dos atributos da atenção primária a saúde proposta por Starfield, considerando na avaliação, o grau de presença e extensão desses atributos. Os atributos da APS podem ser compreendidos como características que, quanto mais presentes nas ações e serviços operacionalizados pela APS, maior é a possibilidade de o sistema de saúde ser resolutivo (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001). Nessa atualização realizada pelo MS, foram resgatados os instrumentos validados para as versões completas de usuários-adultos e usuário-criança, originalmente publicadas no Manual lançado em 2010 (MS, 2010). Há uma ampliação nos instrumentos apresentados nessa nova versão trazendo como novidades os questionários validados da versão reduzida usuário-adulto; da versão reduzida usuário-criança; da versão completa – profissionais de saúde (médicos e enfermeiros); da versão completa – Saúde Bucal usuários-adultos; e da versão completa – cirurgiões-dentistas. Com isso, o lançamento do PCATool-Brasil 2020 passa a representar a metodologia principal de avaliação da APS no SUS (BRASIL, 2020).

6.3.1 Atributos da APS e PCATool: uma proposta de qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde da família

Segundo Starfield (2002), uma APS forte deve ser orientada por seus atributos, uma vez que a sua presença promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo no estado de saúde de populações e pessoas. Essa autora define a Atenção Primária à Saúde por meio de quatro atributos, considerados essenciais:

- a) o acesso de primeiro contato, que é a “acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema”;
- b) a longitudinalidade, que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”;
- c) a integralidade, que implica “fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde”; e
- d) a coordenação, que é a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”.

Além desses atributos, a autora também apresenta os atributos derivados:

- a) orientação familiar, ou seja, atenção à saúde centrada na família e na avaliação das necessidades individuais e no contexto familiar;
- b) orientação comunitária, considerando as necessidades em saúde da comunidade; e
- c) competência cultural que envolve a atenção às necessidades de uma população com “características culturais especiais”.

Foi com base nesse referencial que o Primary Care Assesement Tool (PCATool), foi formulado em 2000, como método para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação dos seus atributos essenciais e derivados, desenvolvido pela Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Em sua concepção original, sua fonte de informações são usuários, cuidadores de crianças e profissionais de saúde sobre sua experiência na utilização dos recursos da saúde (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001).

Esses atributos podem ser avaliados também separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços de APS.

Chomatas (2013) utilizaram o PCATool para investigar a presença e a extensão dos atributos da APS no município de Curitiba e comparar unidades do modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família (ESF), aplicado a 490 médicos e enfermeiros. Os resultados indicam que na ESF os escores médios e o percentual de Alto Escore ($\geq 6,6$) dos atributos longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e orientação comunitária são significativamente maiores na ESF que nas unidades tradicionais, assim como para os atributos condensados nos escores: essencial, derivado e geral da APS.

No âmbito da saúde bucal, Pedroso (2013) avaliou diferentes modelos de APS em Saúde Bucal, em Porto Alegre, a partir do PCATool, a fim de mensurar a orientação destes em relação aos atributos. Não houve diferença significativa entre os diferentes modelos de atenção avaliados, quando considerado o acesso, contudo observou-se que o modelo baseado no território e população definida, apresentou maior score e foi considerado pelos autores um norteador para ampliação da APS.

Carneiro et al. (2014) utilizaram o PCATool para avaliar a coordenação da Atenção Primária à Saúde, totalizando 705 entrevistas, entre profissionais e usuários, reforçam a importância de estudos avaliativos de forma a melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde e apontam a orientação familiar como atributo importante para o alcance da integralidade e coordenação do cuidado.

Fracolli et al. (2014) identificaram em sua pesquisa que o PCATool prevalece como o instrumento mais utilizado para avaliação da APS no Brasil e atribui este fato, devido a seu reconhecimento, aceitação e sua avaliação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros. Os autores analisaram cinco instrumentos validados e concluíram que para avaliar a Saúde da Família brasileira o instrumento que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica é o PCATool.

Outros autores avaliaram os atributos APS na concepção dos profissionais das equipes de Saúde da Família, identificando: atributos acessibilidade, longitudinalidade, integralidade de serviços disponíveis e orientação comunitária, como atributos que apresentaram escores mais baixos. E atributos da coordenação de cuidados e orientação familiar, apresentaram escores mais altos, concluindo há necessidade de melhoria: no horário de funcionamento das

unidades de saúde; na disponibilidade dos serviços oferecidos; e na integração entre os profissionais de saúde e a população assistida (BATISTA et al., 2016).

Veperino (2017) avaliou a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, quanto aos serviços odontológicos, de uma unidade de saúde, que abriga residência multiprofissional em Saúde da Família, verificando um grau de orientação da APS acima do ponto de corte ($\geq 6,6$) para os atributos geral (7,4), derivado (8,1) e essencial (7,2) em média. Em se tratando dos atributos isolados, acessibilidade (4,8), serviços prestados (5,7), orientação comunitária (6,3) e sistema de informação (6,4) ficaram abaixo da média de corte. Já os atributos competência cultural (9,9) e integração de cuidados (9,8) obtiveram as melhores médias.

Sá (2019) utilizou o PCATool Brasil, com uma população de 395 usuários cadastrados e atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família nas unidades básicas de saúde, em Manaus. Nesta avaliação os atributos da acessibilidade, integralidade, orientação comunitária obtiveram médias de escores baixos. O Escore Derivado superou o ponto de corte de 6,6. A média do Escore Essencial foi de 7,16. Concluindo assim, que os serviços e ações de saúde em Manaus possuem alto grau de orientação à Atenção Primária à Saúde, embora dois atributos essenciais e um atributo derivado possuam indicadores que necessitam ser melhorados.

Maciel (2020) avaliou a Atenção Primária à Saúde Bucal em um Centro de Saúde da Família na perspectiva de usuários adultos. A partir da coleta dos dados, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Saúde Bucal (PCATool-SB), com 172 usuários. O resultado foi uma alta orientação a Atenção Primária à Saúde nos atributos de Primeiro Contato (Utilização) e Coordenação (Sistema de Informações), enquanto os demais atributos essenciais e derivados indicaram baixa orientação. Essa conclusão considera a pontuação encontrada em cada atributo, que recebe score, de acordo com a resposta dada pelo entrevistado.

Prates (2021) aponta as limitações do próprio PCATool ao considerar que todos os atributos apresentam o mesmo peso na orientação dos serviços em APS, bem como, a concepção de que a qualidade dos serviços da APS esteja contemplada nos atributos presentes no instrumento.

Apesar dessas limitações, observa-se que a avaliação das equipes de SB por meio do PCATool tem contribuído de forma importante para compreender os elementos envolvidos na qualidade da assistência e orientação para APS.

A necessidade de avaliação da Atenção Básica é responsabilidades comum a todas as esferas do governo. Bem como, estabelecimento de mecanismos de auto avaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados. Para tal, são necessários mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes e definição de estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

6.4 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Nos serviços de saúde tornam se cada vez mais essenciais na medida em que auxiliam gestores e profissionais da saúde a monitorar e revisar processos de trabalho e desenvolver possibilidades de intervenções necessárias, com eficiência e efetividade, além de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde (TANAKA et al., 2019).

Hartz (2010) define diversas possibilidades que podem compor o campo da avaliação. Esse espectro proposto apresenta a avaliação das práticas cotidianas, a avaliação formativa e a avaliação somativa como tipos de avaliação que podem ser adotados isoladamente ou em conjunto a depender dos objetivos da avaliação. A avaliação formativa (usada para planejamento e gestão) tem por objetivo apoiar o desenvolvimento da intervenção, qualificando-a no decurso do próprio processo avaliativo. A avaliação somativa (usada para pesquisa) é executada após o término temporal do objeto e tem por objetivos prestar contas a uma audiência externa com vistas a apoiar a decisão sobre a continuidade, reformulação ou interrupção da intervenção (HARTZ et al., 2010). A autora define as práticas cotidianas como técnica não sistemática de observação e análise e formulação de juízos simplificados (HARTZ et al. 2010).

Donabedian (1980) propõe que toda intervenção é composta por componentes estruturais que devem ser considerados na avaliação dos serviços de saúde: a estrutura, o processo e os resultado (de curto, médio e longo prazo). A estrutura corresponde aos insumos materiais, à infraestrutura e aos recursos utilizados (materiais e imateriais). O processo se

refere ao conjunto de atividades e procedimentos no manejo dos recursos. O resultado seriam as mudanças efetuadas e verificadas, sejam com relação ao estado de saúde do indivíduo, ou a mudanças de comportamentos, aquisição de novos conhecimentos, ou ainda à satisfação dos usuários dos serviços.

Entretanto, Donabedian (1980) destaca os limites dessa abordagem e a dificuldade de se mensurar os três aspectos, especialmente no que se refere ao resultado, pois muitas vezes uma mudança no estado de saúde de um indivíduo ou de uma população está relacionada a uma série de fatores, e isolar o efeito de um fator, por exemplo, o atendimento prestado na ESF, requer a neutralização de outros fatores, dificultando a aplicação da abordagem de resultados. Ainda segundo este autor, os critérios para avaliação da atenção à saúde são condicionados por fatores de contexto históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais e considera três dimensões primordiais: o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia; as relações interpessoais, referente ao relacionamento entre profissionais e com usuário, por fim a que está relacionada à infraestrutura e as condições de trabalho. O autor estabelece sete atributos (ou dimensões) pelos quais a avaliação pode se pautar:

- a) Eficácia (o melhor que pode ser feito em condições ideais);
- b) Efetividade (o melhor possível de ser feito);
- c) Eficiência (efeito máximo ao menor custo possível);
- d) Aceitabilidade (referente à expectativa do usuário);
- e) Otimização (criação de condições mais favoráveis visando a resolutividade);
- f) Legitimidade (aceitação e aprovação dos serviços de saúde pelos usuários);e
- g) Equidade (esforço para reduzir desigualdades).

Apesar de Donabedian (1980) ser um dos autores mais adotados e referidos na avaliação em saúde, sua abordagem sofreu críticas de alguns autores, como foi o caso de Vouri (1991) que critica a abordagem de Donabedian, uma vez que a mesma presume uma relação causal entre os componentes estruturais de uma intervenção. Contudo, para Vouri na atenção à saúde, mesmo as melhores pré-condições podem ser mal usadas, enquanto a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em condições precárias de trabalho. Para este autor a noção de qualidade varia com o interesse de grupos diferentes, que

podem ter diferentes visões, assim faz-se necessário ao se discutir qualidade, sempre especificar: quais aspectos da qualidade, para quem são definidos e por quem.

Assim, podemos pensar a tríade estrutura- processo- resultado não propriamente como uma definição de qualidade, mas como um meio de abordar a apreciação da qualidade dos serviços de saúde.

Maxwell (1984) define que os elementos centrais da qualidade em saúde são: acessibilidade, relevância em relação às necessidades, equidade, aceitabilidade social, efetividade e eficiência. Semelhante a esta definição é a da *Joint Commission for Healthcare Organization* (2014) que acrescenta a continuidade do tratamento como uma dimensão da qualidade, mas ou mesmo tempo omite a dimensão da equidade, princípio orientador na saúde no Brasil.

Starfield (1998) afirma que a atenção primária é a oferta de Medicina ao primeiro contato, a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde. Starfield cita ainda um comitê do *Institute of Medicine* que sugeriu os seguintes pontos para avaliar a atenção primária: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Destes, apenas se definiu a integralidade, que foi conceituada como a capacidade de a equipe de atenção primária lidar com os problemas emergentes na população à qual serve. Por outro lado, no Brasil, a discussão de integralidade abarcou outras perspectivas também: a integração das ações coletivas com as assistenciais; a integração das ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação e a perspectiva da saúde integral do indivíduo.

Starfield (2002) afirma que, para a avaliação da Atenção Primária à Saúde, é necessário identificar se os serviços são orientados por seus atributos, uma vez que a sua presença promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo no estado de saúde de populações e pessoas, além do setor saúde.

A melhoria do atendimento a usuários do sistema de saúde deve ser a motivação principal para se realizar uma avaliação do que se entende por qualidade (HARTZ, 1997). Neste sentido, é fundamental ouvir, o que os usuários têm a nos dizer, porque suas manifestações certamente não serão uniformes nem constantes, porém trarão consigo

fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos e culturais, que certamente influenciarão o resultado a ser alcançado.

7 METODOLOGIA

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Esse modelo de avaliação fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura e processo dos serviços de saúde.

7.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO

Esta pesquisa é um estudo de avaliação da qualidade, de caráter transversal, descritivo e, analítico, com abordagem quantitativa, com coleta de dados primários por meio de formulário eletrônico realizado em formato de questionário com perguntas e repostas estruturadas, baseados no instrumento *PCATool* saúde bucal validado em língua portuguesa, com análise de frequências simples e elaboração de indicadores por atributo.

7.2 LOCAL DO ESTUDO

A Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (AP) que podem ser consideradas equivalentes a regiões de saúde, a fim de melhorar o gerenciamento da rede de serviços de saúde.

Este estudo foi realizado na AP 5.3 do município, que abrange os bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência. Vale esclarecer, que desde 1993, essa região localiza-se no extremo oeste do Município do Rio de Janeiro, à cerca de 60 km da região central da cidade. Área total de 163.730 km, corresponde a 13,15 % da área da cidade, faz divisa com os Municípios de Itaguaí, Seropédica e Nova Iguaçu. Possui uma paisagem bastante diversificada, com áreas comerciais, residenciais e industriais, sendo que ainda imperam muitas áreas inexploradas. A Área de Programática 5.3 foi priorizada pela Secretaria Municipal de Saúde - RJ, sendo a primeira a receber investimentos para expansão da Estratégia de Saúde da Família em 2009.

A área possui 25 unidades básicas de saúde, sendo 15 Clínicas da Família (CF) e 10 Centros Municipais da Saúde (CMS), totalizando 110 equipes de saúde da família e 39 equipes de saúde bucal, o que representa respectivamente uma cobertura de 98% por cento para a atenção primária. Tanto as clínicas da família quanto os centros municipais de saúde

são unidades de atenção básica e a principal diferença entre elas é relativa a estrutura física. As clínicas são modelos mais recentes construídos em estruturas metálicas pré-moldadas, já os CMS são construções de alvenaria, todas as unidades possuem ESF e ofertam os mesmos serviços.

O município do Rio de Janeiro trabalha com um a proporção de implantação de uma equipe de saúde bucal (e-SB) como referência para três equipes de saúde da família (e-SF). Considerando uma média de 3500 usuários cadastradas, cada equipe de saúde bucal prestaria assistência para aproximadamente 10500 usuários. Isso considerando um número mínimo de 3500 usuários.

7.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO/POPULAÇÃO ALVO

A pesquisa foi realizada com todos os Cirurgiões Dentistas atuam na APS, vinculados à alguma das vinte e cinco unidades básicas da AP 5.3, desde que cadastrados no SCNES (CENSO). O critério de inclusão considerou Cirurgiões Dentista que atuam na estratégia de saúde da família pelo período de no mínimo de três meses de atuação em alguma das unidades de atenção primária de saúde da AP 5.3. Considerou-se como critério de exclusão: profissionais de nível médio, profissionais de férias e afastados por licença médica no período da coleta de dados.

7.4 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para seleção dos participantes, realizou-se uma consulta prévia ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para extração de uma lista preliminar. Após a identificação preliminar dos possíveis participantes, foi realizado contato com a Coordenação de Área Programática para confirmação vínculo e verificação se o selecionado atendia aos critérios de inclusão da pesquisa. Bem como a solicitação dos contatos telefônicos dos profissionais.

A abordagem desses profissionais foi realizada pessoalmente em visitas as unidades básicas de saúde para apresentação do estudo, bem como dos objetivos e convite para a participação na pesquisa. Essas visitas foram previamente agendadas por telefone, a fim de realizar de forma mais conveniente e em momento oportuno. Foram observadas todas as

medidas de segurança, considerando as recomendações do município do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde na ocasião da pesquisa de campo.

7.5 COLETA DOS DADOS

Em um primeiro momento foi utilizado o contato via e-mail com a Secretaria Municipal de Saúde para autorização e assinatura do Termo de Anuência Institucional (TAI) e autorização de acesso aos contatos dos participantes. Em seguida submetemos o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, após devidas aprovações iniciamos a coleta de dados.

Os dados foram coletados respeitando as práticas seguras no contexto da Pandemia COVID19, através de um questionário identificado autoaplicável disponibilizado em um formulário eletrônico, enviado através de um link, por aplicativos de mensagens (WhatsApp). Este formulário eletrônico foi construído, com base nas questões contidas no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PCATool Brasil (2020) relativo à versão para profissionais cirurgião dentista. O formulário foi disponibilizado através da plataforma *GoogleForms*.

A escolha do ambiente digital para a realização das entrevistas deu-se em razão da necessidade de distanciamento social pela pandemia por Covid-19, a fim de preservar atores participantes da gestão e das equipes de saúde da família, bem como o pesquisador.

Por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, o questionário foi precedido de uma apresentação da pesquisa, constando a identificação do pesquisador e seu contato, contato do Comitê de Ética da instituição, objetivo principal da pesquisa, o motivo do convite, os riscos e benefícios da pesquisa, em que participará e o retorno ao potencial participante, similar ao termo de consentimento livre e esclarecido escrito. Apenas após o aceite deste termo e ciência dessas informações o participante teve acesso ao questionário e ao preenchimento deste. O questionário preenchido e o termo de aceite foram enviados para o participante, após seu preenchimento, através do e-mail informado por ele.

Foram respeitadas as orientações contidas no Manual, bem como metodologia de aplicação e pontuação de scores, para futura análise e divulgação dos resultados.

Foi disponibilizado um telefone de contato para que em caso de qualquer dúvida sobre o formulário ou a pesquisa os participantes possam acionar possa esclarecimentos.

7.6 RISCO E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa possui riscos potenciais, neste caso identificamos possibilidade de haver constrangimento, desconforto, e risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes. Como providência para evitar essas situações, informamos que o entrevistado poderia, a qualquer momento, optar em não responder às perguntas contidas no formulário eletrônico.

Como estratégia de mitigação dos riscos identificados, os resultados serão organizados e apresentados considerando-se o conjunto das unidades de saúde da AP 5.3, sendo discutidos de acordo com esse recorte regional.

O pesquisador se compromete a discutir os resultados da pesquisa com os participantes por meio de oficina e também os apresentar a gestores e ou gerentes de acordo, através de seminário. Uma síntese dos resultados também será encaminhada por meio eletrônico aos entrevistados da pesquisa após sua conclusão.

Sobre os benefícios, espera-se contribuir para que as equipes reflitam sobre seu processo de trabalho na AP 5.3, bem como apontar as potencialidades e limites do PCATool na avaliação das equipes de saúde bucal.

7.7 INSTRUMENTO

O instrumento de avaliação da Atenção Primária Saúde Bucal é uma novidade, não estava presente na publicação da primeira versão do PCATool Brasil, 2010. Os componentes Saúde Bucal foram desenvolvidos posteriormente em dois instrumentos, uma versão para usuários adultos (CARDOSO et al., 2020) e a versão para profissionais cirurgião dentista (D'ÁVILA, 2016). O presente estudo utilizou a versão para cirurgiões-dentistas.

Esse instrumento de avaliação é formado por 81 itens distribuídos em 9 componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde conforme ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Atributos, Componentes e itens PCATool-Brasil Saúde Bucal Versão Profissionais

Atributo da APS	Componente da APS	Definição do atributo	Itens
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	É a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7
Longitudinalidade	Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
Coordenação	Integração de cuidados	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente.	C1, C2, C3, C4, C5
	Sistema de Informações		D1, D2, D3
Integralidade	Serviços disponíveis	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23
	Serviços prestados		F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7
Orientação Familiar	Orientação Familiar	Considera na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.	G1, G2, G3, G4
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13

Competência Cultural	Competência Cultural	Adaptação do provedor de cuidados (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação.	I1, I2, I3, I4, I5, I6
----------------------	----------------------	---	------------------------

Fonte: BRASIL, 2020.

As respostas são do tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor = 4); “provavelmente sim” (valor = 3); “provavelmente não” (valor = 2); “com certeza não” (valor = 1); e “não sei/não lembro” (valor = 9). Após o processamento dos dados, foram calculados os escores de cada atributo, do essencial, do derivado e o escore geral da APS.

Os valores obtidos para cada escorem à escala Likert foram convertidos para uma escala entre 0 e 10, onde os escores com valores iguais ou maiores que 6,6 indicam uma extensão adequada de cada atributo. O escore para cada componente da APS é obtido pela soma dos valores das respostas dos itens que formam o componente ou atributo dividido pela quantidade total de itens do componente ou atributo. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços em saúde bucal melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta ‘provavelmente sim’, atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços em saúde bucal reconhecidos como orientados à APS.

Além do instrumento descrito, para compor a discussão dos dados: foram incluídas questões sobre o perfil dos participantes: gênero, tempo de formado, se possui especialização em saúde da família e tempo de atuação na APS.

7.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados através do programa Excel. Como recomendado no Manual PCATool, foi calculado um escore para cada atributo e um escore geral. Os resultados encontrados na AP 5.3 foram agrupados por unidades similares, considerando o número de equipes de saúde família de referência para as equipes de saúde bucal e quantidade de população cadastrada, para análise e discussão.

O escore para cada componente da APS foi obtido pela soma dos valores das respostas dos itens que formam o componente ou atributo dividido pela quantidade total de itens do componente ou atributo. Para o cálculo adequado, foram realizados três passos:

- a) 1º PASSO: Inversão de valores na escala dos itens O item A7 está formulado de modo que os maiores valores da escala de resposta sugerem carência/ausência das características que são medidas pelos itens nos serviços. No entanto, para o cálculo dos escores os valores elevados da escala devem refletir a presença das características nos serviços. Sendo assim, é necessária a inversão da escala conforme ilustrado. (4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4);
- b) 2º PASSO: Valores ausentes das pessoas entrevistadas. Para que o escore da pessoa entrevistada seja calculado o percentual de itens com valores ausentes deve ser inferior a 50% da quantidade total de itens do componente ou atributo. São considerados valores ausentes os itens com a opção de resposta de código '9' e descrição 'Não sei/Não lembro'.
- c) 3º PASSO: Cálculo do escore. É realizado a soma da nota de todas as questões de cada componente e após o cálculo da média. Em seguida são calculados os escores essencial da APS em saúde bucal.

O escore essencial foi calculado pela soma dos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais (acesso de primeiro contato – acessibilidade, longitudinalidade, coordenação - integração de cuidados, coordenação - sistema de informações, integralidade - serviços disponíveis e integralidade - serviços prestados), dividido pelo número total de componentes essenciais. Escore Essencial da APS em saúde bucal = (Escore A + Escore B + Escore C + Escore D + Escore E + Escore F)/6.

Escore Geral da APS em saúde bucal foi calculado pela soma dos escores de todos os componentes que formam os atributos essenciais e os atributos derivados (acesso de primeiro contato – acessibilidade, longitudinalidade, coordenação - integração de cuidados, coordenação sistema de informações, integralidade - serviços disponíveis, integralidade - serviços prestados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), dividido pelo número total de componentes.

Em seguida os valores foram convertidos em uma escala de valores de 0 a 10.

7.9 DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados aos participantes através de uma roda de conversa, serão convidados os profissionais, gestores locais das unidades, coordenação de saúde bucal e o gestor municipal. Para comunidade científica a divulgação dá-se á nos espaços acadêmico científicos, bem como apresentação em congressos e publicação de artigo.

7.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido e aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ. Os formulários eletrônicos encaminhados para o público alvo, bem como o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), parte inicial do formulário. Todos os entrevistados receberam explicação clara sobre os objetivos do estudo / avaliação.

Somente após a confirmação do interesse em participar da pesquisa é que o participante teve acesso ao conteúdo do questionário propriamente dito. As informações coletadas são confidenciais e mantidas em sigilo. A opção dos usuários em participar (ou não) da coleta de dados utilizando o PCATool-Brasil, assim como a qualidade de suas respostas, não deverá ocasionar qualquer prejuízo trabalhistas aos profissionais de saúde, quando estes participarem da coleta de dados.

O estudo respeitou todos os protocolos de segurança na em decorrência da Pandemia COVID 19, tendo como documento norteador o Guia De Medidas De Proteção Á Vida, publicado pela Prefeitura do Rio de Janeiro.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O público alvo desta pesquisa, considerou todos os cirurgiões dentistas lotados nas unidades de atenção primária da AP 5.3, totalizando 44 profissionais, distribuídos nas equipes de saúde bucal (e-SB) vinculadas a ESF e atenção primária tradicional (APT).

A área programática 5.3, possui 25 unidades de atenção primária a saúde. Destas, duas possuem serviço de saúde bucal no modelo tradicional, e as demais que totalizam 23 unidades, possuem e-SB vinculadas a estratégia saúde da família.

Dos 44 profissionais existentes, responderam ao questionário 37 profissionais, contemplando todas as unidades de atenção primária. A coleta de dados foi realizada de janeiro a março de 2022. Não houve perda de resposta, após aplicação do critério de exclusão.

Do total de participantes desta análise, 27% (10) são do gênero masculino e 73% (27) do gênero feminino. No que se refere ao tempo de formação e qualificação profissional, 10% têm entre 3 e 5 anos de formados e 90% mais de cinco anos. Destes, 80% possuem especialização em saúde da família e 20% não possuem especialização em saúde da família. As informações referentes ao perfil dos profissionais estão consolidadas, conforme Tabela 1.

Tabela 1- Perfil dos Cirurgiões Dentistas, AP 5.3, MRJ, 2022

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	27	73,0
Masculino	10	27,0
Possui Especialização		
Sim	28	75,7
Não	9	24,3
Tempo de Formado		
5 anos ou mais	34	91,9
de 3 à 5 anos	3	8,1
Tempo de atuação na APS		
Mais de 5 anos	31	83,8

Entre 2 e 3 anos	1	2,7
Até 2 anos	5	13,5

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A partir da aplicação do questionário calculamos os scores de cada atributo essencial e derivado, na perspectiva dos profissionais. A fim de facilitar a leitura do resultado, cada score foi convertido no valor de 0 a 10, conforme descrito na metodologia.

Seguindo a metodologia descrita no Manual PCATool Brasil (2020), se o percentual de itens com valores ausentes (itens com respostas na opção 9 ‘Não sei/Não lembro’ mais itens com respostas em branco - *missing*) for superior a 50% da quantidade total dos itens do componente ou atributo, essa resposta não deve ser considerada. Por este motivo no atributo competência cultural, três respostas foram descartadas e não contabilizadas na média, uma vez que tiveram mais de 50% (7 dos 13 itens) das respostas como “não sei/não lembro”.

Os atributos da atenção primária, segundo Starfield (2001) são categorizados em duas dimensões: essenciais e derivados. Os essenciais são compostos por: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação de atenção. Os atributos derivados são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Nesta sessão, primeiro realizamos a análise e comparação dos resultados entre as equipes de saúde bucal da AP 5.3, considerando diferentes cenários de cobertura/porte populacional. Em seguida, discutimos os resultados alcançadas entre as equipes de saúde bucal da AP 5.3, considerando o modelo de atenção da estratégia saúde da família (ESF) e APS tradicional. No último tópico, avaliamos a presença e extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Equipes de saúde bucal.

8.1 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DOS ATRIBUTOS NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE COBERTURA

No que tange a distribuição das equipes de saúde bucal, há diferentes cenários nas unidades de atenção primária da AP 5.3. Essa distribuição desigual do número de e-SF favorece diferentes portes populacional sob responsabilidade do cuidado das equipes.

Nas unidades e-SB vinculadas a estratégia, o porte populacional destas equipes varia, ou seja, a população de referência para cada Dentista é diferente em cada unidade. O quantitativo desta população por unidade está descrito na Tabela 2. Para cálculo da cobertura, consideramos a razão entre a quantidade de equipes de saúde bucal e as equipes de saúde da família.

Tabela 2 - Distribuição por unidade das e-SB, e-SF e total da população, AP5.3 MRJ, 2022

Unidades Básicas	e-SF	e-SB	Razão e-SF/e-SB	População p/ UBS IBGE 2010
CF Alice de Jesus Rêgo	4	2	2	6.010
CF Deolindo Couto	5	2	2,5	20.401
CF Edson Abdalla Saad	6	2	3	19.658
CF Ernani de Paiva Ferreira Braga	8	2	4	25.434
CF Helande de Mello Gonçalves	3	1	3	7.329
CF Ilzo Motta de Mello	3	1	3	11.226
CF Jamil Haddad	5	2	2,5	10.259
CF João Batista Chagas	5	2	2,5	16.736
CF José Antônio Ciraudó	7	2	3,5	27.740
CF Lenice Maria Monteiro Coelho	4	2	2	8.704
CF Lourenço de Mello	3	1	3	12.559
CF Samuel Penha Valle	3	1	3	8.890
CF Sérgio Arouca	6	2	3	24.894
CF Valéria Gomes Esteves	5	2	2,5	17.838
CF Waldemar Berardinelli	8	3	2,7	28.309

CMS Adelino Simões - Nova Sepetiba	5	2	2,5	18.264
CMS Aloysio Amâncio da Silva	1	0	0	3.048
CMS Cattapreta	3	1	3	10.746
CMS Cesário de Melo	7	2	3,5	21.527
CMS Cyro de Mello	3	1	3	11.708
CMS Décio Amaral Filho	5	2	2,5	18.481
CMS Emydio Cabral	5	2	2,5	15.985
CMS Floripes Galdino Pereira	2	0	0	4.266
CMS Maria Aparecida de Almeida	1	1	1	3.468
CMS Sávio Antunes	3	1	3	11.658

Nota: Os dados foram coletados do IBGE, 2010.

Fonte: Elaboração própria

É importante destacar que como o último censo demográfico realizado data de 2010, estima-se que esta população seja superior, uma vez que o território mencionado recebeu inúmeros novos empreendimentos imobiliários e por consequência um incremento populacional.

Para fins de análise e comparação do resultado deste estudo, categorizamos as unidades em quatro grupos de acordo com a quantidade de equipes existentes, conforme descrito no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação das unidades, considerando a quantidade de e-SB e e-SF, AP 5.3MRJ, 2022

Classificação	Descrição	Qtd. de UABs
Razão 1 (padrão)	Unidade que uma e-SB assiste uma e-SF	1
Razão 2 à 2,7	Unidades que uma e-SB assiste de 2 até 2,7 e-SF	10
Razão 3 à 4	Unidades que uma e-SB assiste de 3 até 4 e-SF	12
APT	Unidades sem e-SB vinculadas a Estratégia	2

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Dentre as 25 unidades de atenção primária, temos: uma unidade que possui razão 1, que consideramos padrão, ou seja, uma equipe de e-SB que assiste uma e-SF, dez unidades possuem uma razão de 2 a 2,7 e-SB para e-SF, representado 38% das unidades, doze unidades

possuem uma razão acima de 3 e-SF para uma e-SB, o que representa 46% e duas unidades possuem o serviço de saúde bucal no modelo de atenção primária tradicional (APT), o que representa 8% das unidades do território. Seguindo a análise sobre esse prisma, após calcularmos os escores médios por atributo, encontramos resultados diferentes conforme descrito na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, de acordo com cobertura populacional, AP 5.3 MRJ, 2022

Atributos	Proporção Ideal (padrão)	Cobertura 2 à 2,7	Cobertura 3 à 4	AP 5.3
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	7,14	6,50	5,63	5,25
Longitudinalidade	8,97	7,47	7,17	6,92
Coordenação - Integração de Cuidados	9,33	7,47	7,48	7,53
Coordenação - Sistema de Informações	10,00	8,74	8,27	8,53
Integralidade - Serviços Disponíveis	9,42	9,72	9,75	9,73
Integralidade - Serviços Prestados	10,00	9,62	9,31	9,47
Orientação Familiar	8,33	7,89	8,24	8,09
Orientação Comunitária	8,46	7,18	7,31	7,29
Competência Cultural	8,89	6,70	6,91	7,31
Escore Essencial da APS em saúde bucal	9,15	8,25	7,94	7,90
Escore Geral da APS em saúde bucal	8,95	7,92	7,79	7,79

Nota: Considerou-se como proporção ideal quando uma e-SB assiste à população de uma e-SF.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

As unidades com razão de cobertura entre 2 a 2,7 apresentaram escore essencial 8,25 e escore geral 7,92, enquanto unidades com cobertura entre 3 e 4 apresentam escore essencial 7,94 e 7,79, um pouco inferior, indicando uma orientação a APS um pouco menor. Estes

resultados demonstram a influência do porte populacional de cada equipe na qualidade do serviço e alcance dos atributos da APS.

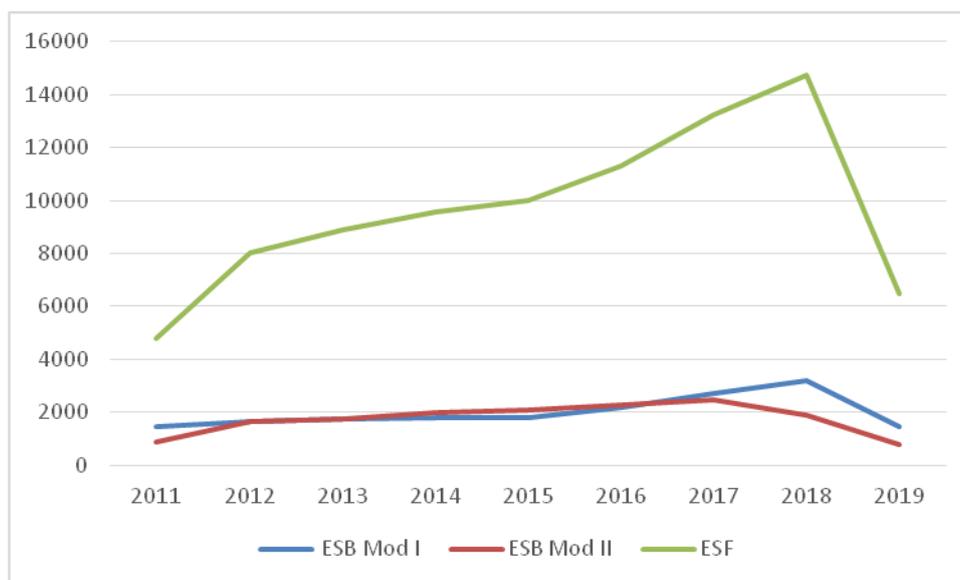
Segundo Starfield (2001) são a presença dos quatro atributos essenciais e atributos derivados que definem e caracterizam o serviço de saúde como Atenção Primária. A presença destes no serviço de saúde o torna capaz de prover atenção integral. Essa definição da Atenção Primária à Saúde é considerada uma das formas de guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços na APS. Nesse contexto foi idealizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, a fim de mensurar a presença desses atributos através de um conjunto de perguntas. Assim, quanto maiores os escores obtidos através destas perguntas maior a presença dos atributos, o que indicaria uma maior orientação do serviço à APS.

Quando comparamos o resultado de escores por atributo de acordo com a cobertura, identificamos que na proporção ideal (padrão) aparecem os melhores resultados em todos os atributos, exceto no atributo integralidade, componente serviços disponível. Esse resultado indica maior orientação a atenção primária, confirmando a hipótese inicial da influência do fator cobertura populacional na maior presença dos atributos da APS.

Dentre os atributos avaliados, o acesso de primeiro contato foi o que obteve as menores notas, indicando assim uma fragilidade a ser trabalhada para alcançar melhores resultados na avaliação de qualidade dos serviços de saúde bucal da AP 5.3. A organização da demanda e priorização de grupos de atendimento é um desafio para as e-SB, uma vez que o universo populacional é bem superior, constituído de toda população da área de abrangência da ESF. Além da demanda programada, as e-SB devem acolher a demanda espontânea e os casos de urgência. Dado o histórico e evolução da assistência à saúde bucal no âmbito do SUS é preciso considerar uma demanda reprimida, de uma população sem acesso. Sobretudo em populações mais pobres. Martins e Aguiar (2011) realizaram um estudo a fim de descrever avanços e desafios do acesso aos serviços de saúde bucal, apontados pelas e-SB no Ceará, concluindo que na questão do acesso, o porte populacional é um fator de grande relevância na oferta de serviços.

A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família aconteceu com a publicação da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 que estabeleceu incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal por meio do então Programa de Saúde da Família. A partir desse momento, observou-se um grande impulso para a expansão das ações em saúde bucal pelo país. Contudo, esta expansão não acompanhou a quantidade das e-SF (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Histórico de implantação das e-SF e s-SB, no Brasil, 2011 -2019



Nota: Os dados foram elaborados a partir de relatórios Públicos do Portal e-Gestor, 2021.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

No ano de 2010 o município do Rio de Janeiro passou por uma reorganização da atenção primária à saúde e uma grande expansão na cobertura. Partindo de uma cobertura populacional de 3,7%, com equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) completas em dezembro de 2008, obteve-se a maior ampliação entre as capitais do País, com um acréscimo absoluto de quase 640 equipes, chegando à 40,1% de cobertura. Houve também grande expansão das equipes de saúde bucal, contudo ainda em quantidade inferior às e-SF, acompanhando o panorama nacional.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) definiu que a população adstrita por equipe de Atenção Básica (e-AB) e de Saúde da Família (e-SF) deveria estar entre 2.000 a 3.500 pessoas considerando a fórmula $\text{População}/2.000$, para cálculo do teto máximo para repasses de recursos financeiros específicos. O que pode indicar uma relação ideal a ser praticada pelos municípios.

Em fevereiro de 2020, o MS publicou a Portaria nº 99, com a criação de Identificador Nacional de Equipes (INE) para equipes de Saúde Bucal, tornando a e-SB uma equipe independente, anterior a esta publicação os profissionais de saúde bucal eram cadastrados compondo as e-SF. Esta mudança, não alterou a organização do processo de trabalho e assistência em saúde bucal, das equipes AP 5.3. Desta forma as e-SB continuaram como referência para toda população adstrita no território das e-SF.

A unidade que trabalha com a proporção ideal apresenta os melhores resultados, exceto no atributo integralidade, no componente serviços disponíveis. Para análise deste atributo o instrumento considera 23 componentes, que se referem a procedimentos ofertados. Os escores obtidos em cada componente estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Escore médio (0-10) dos Componentes do atributo: Integralidade serviços disponíveis da APS na perspectiva dos Dentistas, onde a UBS com proporção ideal obteve média de escore inferior, na comparação as demais, AP 5.3 MRJ, 2022

Componente	AP 5.3	Proporção Ideal	Cobertura 2 á 2,7	Cobertura 3 à 4
E13. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)	9,6	6,7	9,8	9,8
E15. Orientação e encaminhamento de pessoas que respiram pela boca para tratamento médico	8,7	6,7	8,4	9,1
E18. Orientações sobre alterações no gosto dos alimentos (paladar)	8,8	6,7	8,9	9,3
E22. Orientações de saúde bucal para quem cuida (cuidadores) de pacientes acamados ou com deficiência	9,4	6,7	9,8	9,4

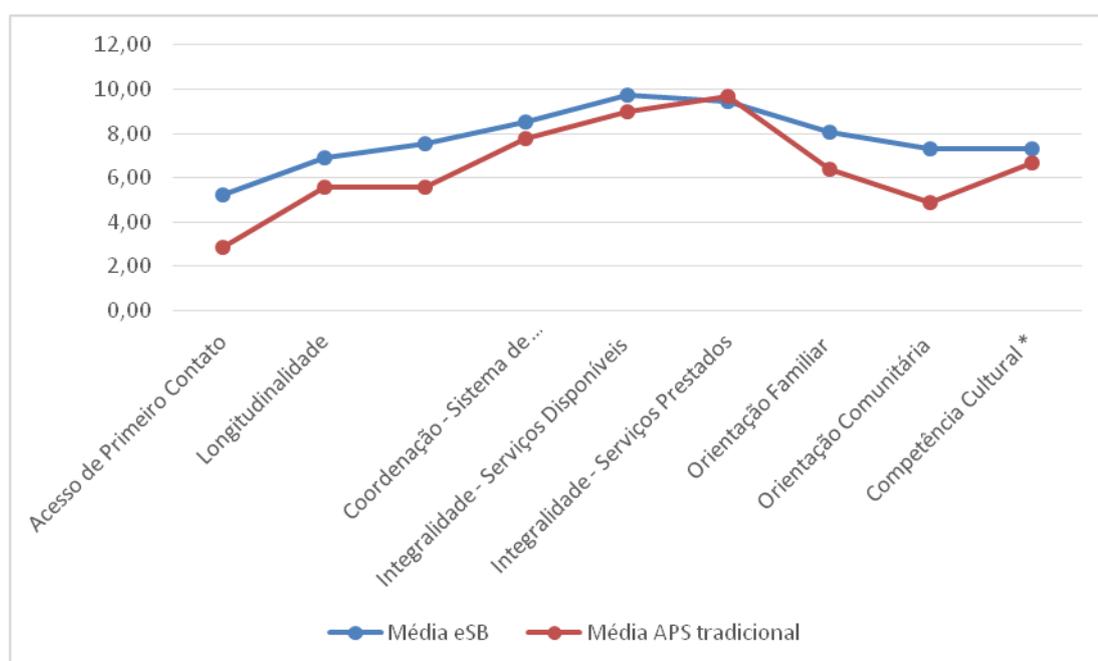
Fonte: Elaboração própria, 2022.

No atributo Integralidade – serviços disponíveis, os itens descritos que tiveram menor pontuação referem-se a tecnologias leves, disponíveis através de orientações dos profissionais, que devem estar disponíveis, em todas as e-SB. Contudo, na área estudada apenas uma unidade possui a cobertura padrão, desta forma essa pequena variação que produz um escore inferior neste atributo, pode estar sinalizando um problema na organização do processo de trabalho dessa e-SB específica mais do que propriamente fatores relacionados a cobertura ou porte populacional. Seria necessário investigar com maior profundidade esse processo na unidade específica para poder explica-las. Uma hipótese é que essas orientações ficam mais vinculadas ao perfil de atuação profissional dos dentistas, podendo estar relacionado com experiência prévias, conhecimento individual ou ainda organização de processos de trabalho, produzindo variações na oferta desses serviços ou ainda a ausência de grupos de saúde dentro da unidade.

8.2 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DOS ATRIBUTOS CONSIDERANDO O MODELO DE ATENÇÃO: ESF E APS TRADICIONAL

A incorporação dos profissionais de saúde bucal a atenção primária em 2000, somada a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, entre outras ações, propuseram uma mudança de paradigma no modelo assistencial da saúde bucal no Brasil e tem estimulado a qualificação do processo de atenção à saúde bucal, de forma a superar o modelo tradicional. Na área de realização do estudo, duas unidades de atenção primária possuem o serviço de saúde bucal no modelo tradicional, o que permitiu uma análise comparativa entre elas (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, de acordo modelo de assistência, AP 5.3 MRJ, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2022.

As unidades com modelo de atenção primária tradicional apresentaram escore essencial 6,74 e escore geral 6,48, enquanto unidades com e-SB a apresentaram escore essencial 7,90 e escore geral 7,79. Observa-se que em todos os atributos, exceto Integralidade (componentes serviços prestados), o score é maior nas equipes vinculadas a estratégia do que na atenção primária tradicional, confirmando os pressupostos de que a estratégia é mais orientada a atenção primária.

No atributo integralidade - componente serviços prestados, o instrumento avalia a oferta de serviços pela rede, que independente do modelo de atenção são similares. No Município do Rio de Janeiro, a saúde bucal contém a mesma carteira de serviços independente do modelo de atenção o que pode explicar a pequena variação das respostas identificadas entre as equipes dos dois modelos de atenção. No quadro 3 é possível observar em que itens desse atributo houve essa pequena variação.

Quadro 3 - Itens do Atributo Integralidade - serviços prestados, que APT obteve média de escore maior, comparado a ESF, na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022

Componente Integralidade serviços prestados	APT	e-SF
F1. Exame da boca/exame dos dentes/exame odontológico	10	9,12
F2. Orientações sobre hábitos que podem prejudicar a boca e os dentes (ex.: roer unhas,morder bochechas)	10	9,8
F3. Orientações sobre o que fazer para prevenir o câncer de boca	10	9,8

Fonte: Elaboração própria, 2022.

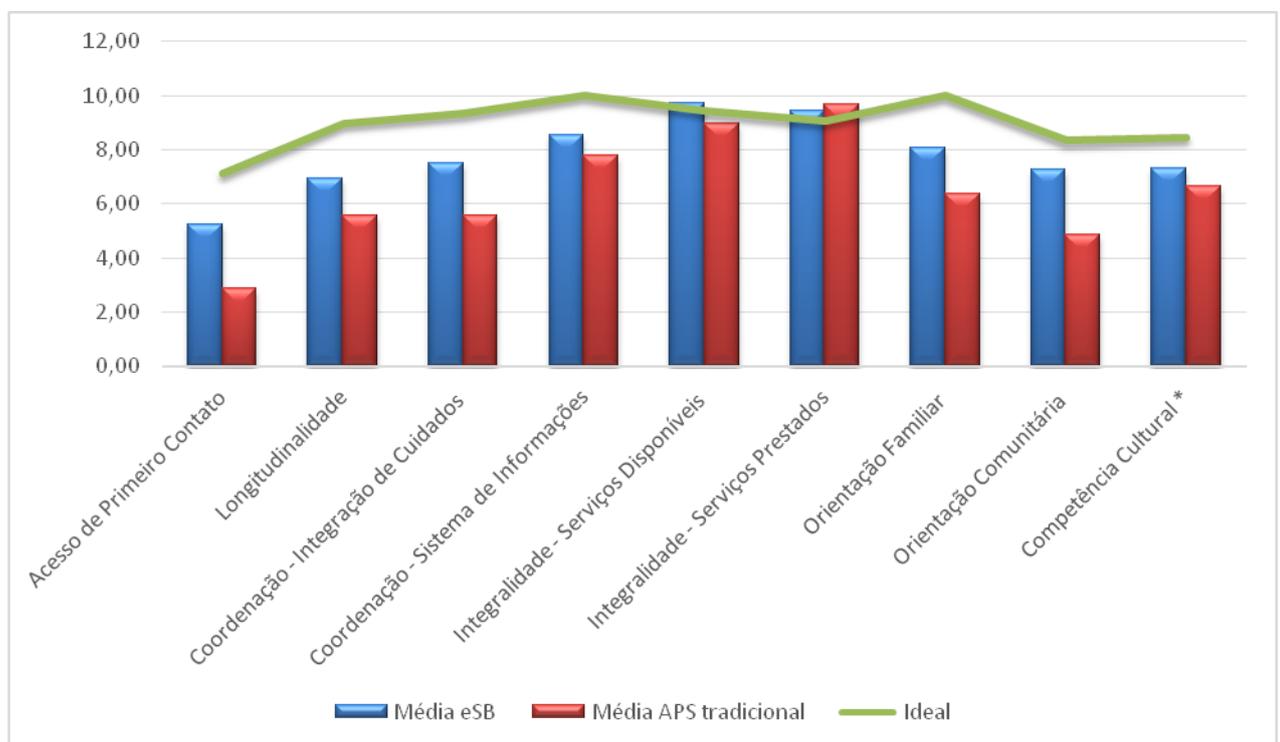
Martins e Aguiar (2016), ao comparar a presença e extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS entre Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona leste do município de São Paulo encontraram um melhor desempenho das UBS com ESF em relação aos atributos longitudinalidade, integralidade (serviços prestados), orientação comunitária e conseqüentemente no escore essencial e geral, indicando maior orientação do processo de trabalho na ESF comparado ao modelo tradicional.

Cardozo (2020), comparou a presença e abrangência de atributos da atenção primária em saúde em serviços de saúde bucal, considerando três diferentes arranjos organizacionais: ESF, Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e Atenção Primária Tradicional (APT). Concluindo em quase todos os atributos, o desempenho dos SSC e da ESF foi superior àquele da APT.

Pedroso (2013) avaliou diferentes modelos de atenção primária, oferecidos pela rede de serviços públicos odontológicos, em Porto Alegre e concluiu que o modelo baseado no território e população definida, deveria ser o rumo para ampliação da APS na cidade de Porto Alegre.

Da mesma forma, no estudo realizado na AP 5.3, comparando a média dos resultados dos escores entre os diferentes modelos de APS, observa-se nas e-SB da ESF escores médios superiores em praticamente todos os atributos, indicando que de fato a estratégia saúde da família está mais próxima a definição utilizada de atenção primária, proposta por Starfield (2002). No gráfico 3, esses resultados podem ser observados e comparados com os escores alcançados pela unidade de saúde que apresenta a proporção ideal (padrão) entre e-SB e e-SF.

Gráfico 3 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, de acordo modelo de assistência e proporção ideal, AP 5.3 MRJ, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2022.

8.3 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS CONSIDERADOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Na análise dos resultados observou-se que foram altos os escore essencial (7,82) e o escore geral (8,29) e, apesar dos baixos escores em relação ao acesso (5,11) e longitudinalidade (6,81) podemos considerar que os serviços de saúde bucal na AP 5.3 possuem uma forte orientação a atenção primária. Os atributos e respectivos escores médios encontram-se descritos na Tabela 5, abaixo.

Tabela 5 - Escore médio (0-10) dos atributos da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022.

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	ESCORE MÉDIO
Acesso de primeiro contato	5,11
Longitudinalidade	6,81
Coordenação - integração de cuidados	7,37
Coordenação - sistema de informações	8,47
Integralidade - serviços disponíveis	9,67
Integralidade - serviços prestados	9,49
Escore essencial da APS em saúde bucal	7,82
Orientação familiar	7,95
Orientação comunitária	7,09
Competência cultural	7,27
Escore geral da APS em saúde bucal	8,29

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Ao avaliar o atributo “Acesso de primeiro contato”, o instrumento considera sete itens. Os escores obtidos em cada item estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Escore médio (0-10) do atributo Acesso, por item, da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022

Itens - Atributo acesso	Média do escore
A1. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	9,55
A2. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?	5,41
A3. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e os pacientes apresentam um problema na boca ou nos dentes, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?	3,78
A4. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	2,25
A5. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?	1,44
A6. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde bucal?	8,56
A7. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) dentista (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	4,77

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Ao avaliar os sete itens do atributo Acesso de Primeiro Contato, cinco deles apresentam escore abaixo de 6,6, considerado baixo, que revelaram avaliações negativas, com maior frequência de respostas “com certeza, não”, sendo eles relacionados aos dias e horários

de funcionamento do serviço de saúde, com impossibilidade de atendimento de rotina ou de urgência, presencial ou por telefone, aos finais de semana ou período noturno.

Analisando estes itens do atributo acesso, percebe-se que A2 e A3 mensuram acessibilidade considerando uma estrutura disponível de comunicação virtual. Contudo, o município do Rio de Janeiro, não possui institucionalizado este canal de comunicação. Ainda assim, esse escore não aparece zerado, o que indica que nos locais onde este canal está disponível, isso pode acontecer por uma iniciativa pessoal da equipe. Destaca-se que em 2019, foi disponibilizado um telefone móvel por e-SF para esta comunicação com usuários, contudo as equipes de saúde bucal não foram contempladas. Ainda assim, esta iniciativa não permaneceu, sendo interrompida dois anos depois.

Os maiores escores obtidos nesse atributo referem-se à agilidade das equipes de saúde bucal em garantir algum tipo de atendimento no primeiro contato do usuário o que é muito positivo pois favorece o início do vínculo com a equipe. As consultas de revisão também tiveram escore alto, indicando continuidade da atenção à saúde bucal para quem consegue atendimento. A Política Nacional de Saúde Bucal orienta que além do atendimento à demanda programada, as e-SB devem ser organizadas de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência.

Machado et al. (2021) também evidenciaram baixo grau de orientação no atributo acesso, quando avaliado os atributos da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais, os itens com avaliação positiva foram relacionados com a possibilidade de atendimento no mesmo dia, aconselhamento por telefone e facilidade para agendamento de consulta; em oposição, os itens com avaliação negativa relacionavam-se aos dias e horários de funcionamento do serviço de saúde, com impossibilidade de atendimento de rotina ou de urgência, presencial ou por telefone, aos finais de semana ou período noturno.

Martins et al. (2011) descreveram os avanços e desafios no acesso aos serviços de saúde bucal, apontados pelas e-SB, no âmbito da APS, indicando como desafios mais citados: ampliação da cobertura das e-SB, programação da demanda, atendimento da demanda espontânea, realização de atividades de prevenção/promoção/educação em saúde e estrutura física/condições de trabalho.

Costa (2019) ao avaliar os serviços públicos de Atenção Básica quanto aos atributos da APS por meio do *PCATool* na ótica de usuários em Fortaleza, também identificaram baixo desempenho nos atributos acesso e longitudinalidade.

Maciel (2020) avaliaram os atributos da atenção primária à saúde bucal na ESF na perspectiva dos usuários, identificando uma alta orientação à Atenção Primária à Saúde nos atributos de Acesso Primeiro Contato (Utilização) e Coordenação (Sistema de Informações), enquanto os demais atributos essenciais e derivados indicaram baixa orientação.

O acesso tem sido uma constante preocupação no serviço de saúde bucal, sobretudo quando o profissional possui uma população cadastrada muito superior a recomendada ou com baixa cobertura, conforme discutido acima. A área de realização do estudo, possui uma cobertura de e-SF de quase 100%. No entanto, essa não é a realidade das e-SB. Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde bucal permanece desigual, apesar da expansão observada no país e no município.

A ampliação do atendimento à saúde bucal ainda constitui um desafio para o SUS. Neste aspecto, a busca pela equidade torna-se essencial, a fim de garantir que aqueles que mais precisam consigam acessar ao serviço. Em 2016 o município do Rio de Janeiro publicou uma Nota Técnica de organização de acesso a saúde bucal, a proposta era ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal e aumentar a oferta. As principais mudanças propostas foram referidas a oferta imediata de cuidado e o tempo de espera para este atendimento que deveria ser de no máximo 60 minutos. Além de propor ferramentas como agenda padrão, gestão de lista, avaliação de risco, entre outras normativas.

É preciso reconhecer que devido a quantidade de equipes de saúde bucal há um limite na oferta de serviços. Essa restrição de recursos financeiros e humanos e suas consequências no alcance da equidade são questões debatidas no âmbito político e científico. Contudo, estudos que detalhem melhor esse tema ainda são insuficientes.

No atributo longitudinalidade o escore médio obtidos como resultado a avaliação do serviço de saúde bucal da AP 5.3 foi de 6,81. Acima da nota de corte de 6,6, considerado alto. Apesar de alto, encontra-se no limite, tendo alguns componentes com escore médio baixo. Para este atributo o instrumento considera 13 itens e os escores médio para cada um deles é apresentado (Tabela 7).

Tabela 7 - Escore médio (0-10) do atributo Longitudinalidade, por item, da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022

Itens - Atributo Longitudinalidade	Média do escore
B1. No seu serviço de saúde bucal, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) dentista?	7,39
B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?	9,37
B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?	8,20
B4. Se os pacientes tiverem uma dúvida ou uma pergunta, eles podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) dentista que os conhece melhor?	4,86
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?	9,28
B6. Você acredita que os seus pacientes ficam a vontade ao contar para você as suas preocupações ou problemas?	8,56
B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes de seu serviço de saúde?	6,49
B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	3,24
B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?	6,76
B10. Você conhece o histórico de saúde bucal completo de cada paciente?	5,68
B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?	3,78
B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos ou produtos de higiene oral (ex.: escova, pasta de dente ou fio-dental) receitados?	7,57
B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?	7,39

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Pode-se observar que na construção das questões, o item B4, que obteve baixa pontuação, mais uma vez refere-se a uma ferramenta virtual que possibilite acesso ao profissional. Além disso, na maioria dos itens, o profissional é o foco da informação. Essa construção pode levar a omissão de características importantes do serviço. Além disso, nas orientações e explanações, contidas no Manual para a utilização do PCATool- Brasil 2020,

documento que apresenta instrumento não há descrição para os itens: B2, B3, B5, B8, B11. Assim, ao perguntar “Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? Há dúvidas se a resposta deve indicar se o Dentista de fato sabe com quem mora todos os seus pacientes ou se ele tem alguma ferramenta para consulta, tal como um prontuário familiar.

Segundo Starfield (2001) A longitudinalidade é definida como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, não necessariamente interruptas. Nesta relação o vínculo da população não apenas com o profissional, mas também com o serviço de saúde, torna-se o principal produto. Embora a palavra continuidade seja utilizada como sinônimo, a autora destaca diferenças conceituais entre elas e considera o termo longitudinalidade mais adequado.

Cunha e Giovanella (2022) realizaram uma revisão conceitual sobre a longitudinalidade/continuidade do cuidado, identificando suas dimensões para avaliação do atributo. Embora destaquem uma semelhança entre os termos, consideram que as dimensões identificadas para este atributo não sejam totalmente coincidentes. Os autores adotaram três dimensões: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional.

Maciel et al. (2021) em um estudo de avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, encontraram um resultado insatisfatório, para o atributo longitudinalidade. Os autores indicaram a alta rotatividade e a presença inconstante dos profissionais nas unidades de saúde como uma das principais justificativas para tal resultado.

Prates et al. (2017) realizou uma revisão de literatura sobre o desempenho da APS a partir de estudos que utilizaram o PCATool e encontrou a longitudinalidade, como um dos atributos mais bem avaliados. O autor atribuiu este resultado as características do sistema de saúde e do modelo de atenção: definição de uma população adscrita e a universalização do acesso à saúde no Brasil.

Na avaliação do atributo coordenação e seus subitens, integração dos cuidados e sistema de informação, a média de escore encontrada é considerada alta. Sendo para Integração de cuidados 7,37 e referente a sistema de informação 8,47. Este atributo avalia a essência da coordenação e a disponibilidade de informações para seguimento do cuidado, considerando as experiências a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na sequência do atendimento. Demonstra assim a

continuidade, uma relação entre a atenção primária e a subespecializada, através de comunicação adequada e um sistema de referência e contra referência fortalecidos.

Na mesma perspectiva, no atributo essencial integralidade, seus subitens serviços disponíveis e serviços prestados apresentaram alto desempenhos (9,67 e 9,49 respectivamente). Starfield destaca na definição da integralidade, a importância de uma equipe multidisciplinar para atender as necessidades de saúde da população, além de serviços disponíveis de acordo com os problemas mais frequentes. Ressalta que o cardápio destes serviços, pode variar de acordo com o local e características da população. A PNSB destaca como ações para o alcance da integralidade: a organização da rede progressiva de cuidados odontológicos, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contra referência para as diversas especialidades odontológicas. Os resultados encontrados nesse atributo podem indicar uma adequada variedade de procedimentos ofertados pelo serviço de saúde bucal e uma adequada comunicação com os demais níveis de atenção quando necessário. Ainda assim, é importante ressaltar nessa proposta de cuidados ampliados, os procedimentos de prótese dentária ainda não são uma realidade no sistema único de saúde, devido à baixa oferta de serviços. A área estudada possui um centro de especialidades odontológicas, referência para as especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia e cirurgia oral menor, além de um laboratório de prótese dentária, que oferta prótese total e parcial removível.

Nos três atributos derivados (Tabela 8), a média obtida foi considerada alta. Segundo Starfield, um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da atenção primária resultam num bom resultado nesses três atributos derivados.

Tabela 8 - Escore médio (0-10) dos atributos derivados da APS na perspectiva dos Dentistas, AP 5.3 MRJ, 2022

ATRIBUTOS DERIVADOS	ESCORE MÉDIO*
Orientação familiar	7,95
Orientação comunitária	7,09
Competência cultural	7,27

Fonte: Elaboração própria, 2022.

No atributo derivado orientação familiar a média dos escores obtida foi de 7,95. Este, segundo Starfield, refere-se à atenção centrada na família com conhecimento das características familiares que levam ao adoecimento, bem como aquelas que favorecem cuidado. Implica em considerar a família como o sujeito da atenção. Isso ocorre quando o serviço considera os pacientes dentro de seus ambientes e as necessidades para a atenção integral consideram o contexto familiar. Uma abordagem familiar, sobretudo registrada no prontuário é um forte fator neste resultado. Por muitos anos o acesso a saúde bucal na área programática 5.3 considerou a alta familiar, o que significava ofertar o tratamento para todos os membros da família. A indicação de qual indivíduo iniciaria o tratamento e a sequência destes era uma discussão compartilhada entre profissionais e pacientes. Essa prática oportunizava o conhecimento do núcleo familiar, mas também foi vista como uma barreira na ampliação do acesso, uma vez que a oferta dependendo da quantidade de indivíduos e da complexidade dos agravos, poderia concentrar por muito tempo as mesmas famílias.

Araújo (2014) avaliou os atributos de orientação familiar e comunitária na saúde na atenção a criança sob a ótica dos cuidadores e encontrou baixo escore, indicando um comprometimento no que se refere ao grau de afiliação ao serviço e a resolutividade.

No atributo derivado orientação comunitária, a média do escore obtido foi de 7,09. A orientação comunitária pressupõe o conhecimento das características de saúde na comunidade, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades. Segundo Starfield (2002), quando a integralidade é alcançada, observa-se estas necessidades reconhecidas e abordadas no pelo serviço de saúde. Uma prática que tem sido bastante discutida no município do Rio de Janeiro, por consequência no local do estudo é a

implantação de conselhos gestores locais, com a participação de usuários e profissionais. Essa aproximação pode favorecer o alcance deste atributo, através da aproximação com as necessidades do território. Além disso, a alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família pode difundir tais práticas. É importante considerar que dentre os profissionais atuantes que participaram do estudo, cerca de 84% deles atuam na APS há mais de cinco anos. O que pode contribuir para maior sustentabilidade das ações e o melhor alcance desses atributos.

A competência cultural obteve média de 7,27. Este atributo refere-se à habilidade de reconhecer suas necessidades e interagir com os indivíduos e comunidades dadas as diferenças culturais de cada território. Os componentes derivados fortalecem a APS, principalmente em uma avaliação na qual o conceito da saúde é compreendido por meio dos fatores biológicos e sociais.

Damasceno et al. (2017) em um ensaio sobre a competência cultural na Atenção Primária à Saúde recomendam que os profissionais considerem o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, visto a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde. E ressaltam que o aumento deste atributo traz como benefícios: melhora da comunicação médico-paciente, satisfação do paciente e a adesão ao tratamento terapêutico.

Quando buscamos avaliações que considerem os atributos derivados da APS, orientação comunitária e competência cultural, pouco encontramos. Especificamente nas equipes de SB da APS, estes resultados são ainda mais raros, o que impossibilita maiores comparações. Vale ressaltar que apenas o instrumento PCATool Brasil Saúde Bucal, versão profissional, apresentaram o atributo competência cultural validado, embora este seja apresentado na versão original.

D'ávila (2016) mensurou a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos diferentes modelos assistenciais de saúde bucal oferecidos na APS de Porto Alegre, Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais, obtendo baixos escores nos atributos derivados: orientação comunitária e competência cultural.

Prates (2017) na avaliação dos atributos derivados a partir de uma revisão de estudos que utilizaram o PCATool encontrou as piores porcentagens de desempenho nos atributos orientação comunitária e orientação familiar. Em contrapartida o atributo a competência cultural, apresentou o melhor desempenho, contudo, o mesmo é avaliado em quantidade de

estudos significativamente menor, o que não permite inferir que esse atributo esteja fortemente presente nos serviços de APS.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou avaliar o serviço de saúde bucal na atenção primária, no município do Rio de Janeiro, área programática 5.3. Buscou-se identificar dentre as distintas realidades das unidades de saúde, variações na presença dos atributos da atenção primária. A hipótese inicial era que o porte populacional, bem como diferentes modelos de atenção, produziram resultados diferentes, como foi observado.

A saúde bucal é indissociável da saúde geral, diretamente ligada a uma abordagem integral, contudo a oferta de serviço odontológicos no SUS tem sua trajetória um pouco mais lenta e menos universal que demais serviços. Pode-se identificar dois importantes momentos de crescimento da centralidade da saúde bucal na agenda geral da saúde no Ministério da Saúde: a entrada da saúde bucal no PSF e a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Foi a partir destes marcos que a saúde bucal foi ofertada de modo mais universal.

Componente de vigilância em saúde, da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal – Brasil Sorridente, um inquérito epidemiológico nacional, realizado em 2003, demonstrou que aos 12 anos, a doença cárie atingia 69% da população. Entre os adolescentes 27% necessitavam de algum tipo de prótese. Entre os adultos, 28% apresentam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada e 15% deles não possuem prótese total. Foram estes resultados que subsidiaram a incorporação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Essa incorporação das equipes de saúde bucal no PSF em 2004 possibilitou a expansão da oferta de serviço e o aumento do acesso em saúde bucal a população.

Dezoito anos depois, a quantidade de equipes de saúde bucal ainda está aquém da necessidade da população. No município do Rio de Janeiro, a relação praticada é de 1 equipe de saúde bucal para atender a população de até três equipes de saúde família. Neste estudo buscamos avaliar o impacto desta relação no que tange a presença dos atributos da APS, em uma região específica. Considerando a premissa que uma APS de qualidade possui alta presença dos atributos.

Importante destacar que o presente estudo foi realizado durante a Pandemia COVID - 19, onde algumas limitações de atendimento no serviço de saúde bucal foram necessárias, sobretudo na quantidade de atendimentos, a fim de evitar contaminação cruzada. Não obstante, no período de realização das entrevistas de janeiro a março de 2022, após o início da

vacinação, essas limitações haviam sido superadas. Após a análise dos resultados, identificou-se que os escores com valores mais baixos, não apresentaram relação com as mudanças vividas durante esse período.

As avaliações dos serviços de saúde são importantes para a oferta de ações e serviços com uma melhor qualidade, são elas que fornece subsídios para tomada de decisões no âmbito da gestão, para a criação de novos modelos de atenção e demais ações para o desenvolvimento da saúde. Para área estudada, o trabalho traz grande relevância, uma vez que possibilita situar como as equipes se encontram em termos da qualidade dos serviços prestados. A utilização de instrumentos padronizados, como o *PCATool* favorece o monitoramento ao longo dos anos, devido a possibilidade de comparação dos resultados produzidos e acompanhamento do desempenho dessas equipes e por consequência do serviço.

É preciso reconhecer, contudo, que existem poucos estudos que utilizaram o *PCATool* como ferramenta de avaliação em serviços de saúde bucal, o que diminui as possibilidades de comparação. Além disso, como o presente estudo envolveu apenas a opinião dos profissionais, faz-se necessária a realização de novos estudos nos quais seja possível obter a opinião dos usuários. Uma limitação do instrumento é o fato de não mensurar a integração do processo de trabalho das equipes de saúde bucal aos demais profissionais e processos de trabalho da APS, fato importante na produção do cuidado.

Os resultados da análise produzido por este trabalho serão divulgados em uma apresentação aos profissionais que atuam no local do estudo, através de uma roda de conversa, a definir data e modelo presencial ou remoto.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.27, n.5, p.440-446,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.140p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação Para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. 3. Ed. Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care assessment tool PCATool – Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care assessment tool PCATool – Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 237 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 de mar. 2006. v.143, n.61, Seção I, p. 71-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família Brasília. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 de dez. 2000. Seção I, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 de fev. 2020. n.29, Seção I, p. 57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatórios Públicos. *Portal E-Gestor Atenção Básica*. 2021. Disponível em:
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
Acesso em: 3 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRIGHTON LABOUR PROCESS GROUP. O Processo de Trabalho Capitalista. In: Da Silva, T.T (org). *Trabalho, Educação e Prática Social*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.

CARDOZO, D, D. et al. Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.36, n.2, e00004219, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00004219>>. Acesso em: 20 jun 2020.

CARDOSO, D. D. *Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários*. 2015. 117f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

CUNHA, E. M. G.; 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, suppl 1, p. 1029-1042, 2011.

DAMASCENO, R. F.; DA SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 9, e11, 2018.

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

D'AVILA, O. P. et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciência Saúde Coletiva*, n.22, v. 3, p. 855-865, 2017.

D'AVILA, O. P. et al. Validation of the Brazilian version of Primary Care Assessment Tool (PCAT) for Oral Health - *PCATool* Brazil Oral Health for Professionals. *Ciência Saúde Coletiva*, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.23432020.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, v.114, n.11, p.1115-1118, 1990.

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. *Saúde Debate*, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014.

FIGUEIREDO, A. M. Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e *PCATool* no município de Curitiba, Paraná. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: GUIZARDI, F. L. *et al.* (Org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 7, n. 22, p.5-9, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

LOPES, M. G. M. *Política Carioca Rindo à Toa e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o Brasil Sorridente*. 2007. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MACIEL, J. A. C. et al. Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS.*, v.23, n.3, p.526-540,2020.

MACHADO, G. A. B. et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm.*, v. 34, eAPE00973,. 2021.

MARTINS, P.; AGUIAR, A. S. W. Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11^o região de saúde do Ceará. *Rev. SANARE*, v.10, n.1, p.6-12, 2011

MARTINS, J. S.; ABREU, S. C. C.; QUEVEDO, M. P.; BOURGET, M. M. M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do *PCATool*. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1–13, 2017.

MAXWELL, R. Quality Assessment in Health. *British Medical Journal*, v.288, n. 6428, p.1470-1472, 1984.

MERHY, E. E. Em Busca Da Qualidade Dos Serviços de Saúde: Os Serviços de Porta Aberta para a Saúde e o Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida. In: Cecilio L. C. O (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. especial1, p. 38-51, 2018.

OLIVEIRA M. M. C. et al. *PCATool-ADULTO-BRASIL*: uma versão reduzida. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.8, n.29, p.256-63, 2013.

OLIVEIRA, S. A. *Fundamentos da exploração de petróleo e gás natural e análise geoeconômica da matriz energética brasileira atual e projeções futuras*. 2011. 325 f. Tese (Doutorado em Geologia) - Faculdade de Geologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. 2015. Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 28 abr 2021.

PEDROSO, M. A. O; KRIEGER, M. V. *Extensão do atributo acesso nos diferentes modelos de atenção primária em saúde bucal de Porto Alegre*. Orientador: Fernando Neves Hugo. 2013. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

PEREIRA, D.Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.599-609, 2003.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento *PCATool*: uma revisão sistemática. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Política Municipal de Saúde Bucal*. 2. ed. 2020. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

SÁ, L. Y. B. A. V. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do *PCATool* em Manaus, Amazonas. *APS em Revista*, v. 1, n. 2, p. 98-111, 2019.

SÃO PAULO (Cidade). Secretária Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação de Recursos Humanos, Centro de Formação e desenvolvimento do Curso Técnico da Área da Saúde: Habilitação Profissional de Técnico Agente Comunitário de Saúde. Módulo I: As Práticas da Saúde e o SUS – Construindo Alicerces para Transformar. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O. R.; PAES, A. L. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, suplemento 2, p. 3781-3786, 2020.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Publicado originalmente por: 1998 by Oxford University Press, Inc. New York N.Y. U.S.A. Unesco 2002 Edição Brasileira.

SOUZA, D. S. *et al.* A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira Odontologia*, v.65, n.2, p.7-29, 2001.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 821- 828, 2012.

VEPERINO, R. G.; LEITE, P. M.; GONÇALVES, I. C. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde, quanto aos serviços odontológicos, de uma unidade de saúde que abriga residência multiprofissional em saúde da família, no município de juiz de fora - Minas Gerais. *Rev. APS*, v. 20, n. 4, p. 539-550, 2017.

APÊNDICE A – Questionário *PCATool* Google Forms

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, desenvolvida por PRISCILLA LOPES FERREIRA DA SILVA OLIVEIRA, discente de Mestrado em Saúde da Família do PROFSAUDE - Pólo FIOCRUZ-RJ, sob orientação da Professora Dra. Ângela Oliveira Casanova, docente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central do estudo é: AVALIAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA AP 5.3, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, A PARTIR DA MENSURAÇÃO DA PRESENÇA DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

O convite a sua participação se deve à sua atuação como Cirurgião Dentista, em uma unidade básica de saúde da AP 5.3. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Apenas as pesquisadoras do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades e o material coletado será armazenado em local seguro. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

A sua participação consistirá em responder perguntas do questionário PCATool à pesquisadora do projeto, que estará disponível, caso aceite este termo. Este preenchimento leva cerca de 20 minutos. E ao término será encaminhado para o e-mail que você informar. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. Como benefício espera-se contribuir para que as equipes reflitam sobre seu processo de trabalho na AP 5.3, bem como apontar as potencialidades e limites do PCATool na avaliação das equipes de saúde bucal.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, neste caso identificamos possibilidade de haver constrangimento, desconforto, e risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes. Como providência para evitar essas situações, informamos que o entrevistado poderá, a qualquer momento, optar em não responder às perguntas contidas no formulário eletrônico. Ao lado disso, como medida de evitar ou minimizar a possibilidade de identificação, os resultados serão organizados e apresentados considerando-se o conjunto das unidades de saúde da AP 5.3, sendo discutidos de acordo com esse recorte regional.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa ou sobre o questionário apresentado a

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

seguir, o participante poderá entrar em contato por telefone ou whats app tel. 964385572. O pesquisador se compromete a discutir os resultados da pesquisa com os participantes por meio de oficina e também os apresentar a gestores e ou gerentes de acordo, através de seminário. Uma síntese dos resultados também será encaminhada por meio eletrônico aos entrevistados da pesquisa após sua conclusão.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Este trabalho também será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ), instituição co-participante.

Ambos Comitês são formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.enesp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Tel. Do CEP/SMS – RJ: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar Centro. Rio de Janeiro- RJ

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Priscilla Lopes Ferreira Da Silva Oliveira - Mestranda em saúde da família

PROFSAÚDE ENSP/FIOCRUZ

Tel. 21 964385572

E-mail: priscillauffodonto@gmail.com

Angela Oliveira Casanova

Ensp/Fiocruz

Tel.: (21) 999744221

*Obrigatório

1. Email *

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO *

Marcar apenas uma oval.

- ACEITO *Avançar para a pergunta 7*
- NÃO ACEITO

3. Gênero *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

4. Tempo de formado em anos (aproximado)

Marcar apenas uma oval.

- Até 2 anos
- de 3 à 5 anos
- 5 anos ou Mais

5. Possui especialização em Estratégia Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

6. Há quanto tempo atua na atenção primária? *

Marcar apenas uma oval.

- Até 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Entre 3 e 5 anos.
- Mais de 5 anos.

ACESSO PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção.

7. A1. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

8. A2. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

9. A3. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e os pacientes apresentam um problema na boca ou nos dentes, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

10. A4. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

11. A5. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

12. A6. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde bucal? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

13. A7. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) dentista (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção.

14. B1. No seu serviço de saúde bucal, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) dentista? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

15. B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

16. B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

17. B4. Se os pacientes tiverem uma dúvida ou uma pergunta, eles podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) dentista que os conhece melhor? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

18. B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

19. B6. Você acredita que os seus pacientes ficam a vontade ao contar para você as suas preocupações ou problemas? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

20. B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes de seu serviço de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

21. B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

22. B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23. B10. Você conhece o histórico de saúde bucal completo de cada paciente? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

24. B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

25. B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos ou produtos de higiene oral (ex.: escova, pasta de dente ou fio-dental) receitados? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

26. B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Por favor, indique a melhor opção.

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

27. C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou serviços especializados? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

28. C2. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a)especialista ou no serviço especializado? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

29. C3. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

30. C4. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

31. C5. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa como(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

COORDENAÇÃO - SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção.

32. D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros de saúde bucal ou boletins de atendimento recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência com dentista, exames de raio-x dentário)? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

33. D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

34. D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

INTEGRALIDADE - SERVIÇOS
DISPONÍVEIS

Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde bucal? Por favor, indique a melhor opção.

35. E1. Restauração ou obturação dos dentes *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

36. E2. Exodontia ou extração de dentes *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

37. E3. Tratamento das doenças da gengiva (limpeza dos dentes) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

38. E4. Atendimento de urgência em casos de dor, sangramento ou trauma/acidente/batida *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

39. E5. Tratamento e orientações para pessoas com mau hálito *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

40. E6. Atendimento da gestante com dentista (Pré-natal odontológico) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

41. E7. Tratamento e orientações para aftas *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

42. E8. Orientações de como cuidar das próteses dentárias (ex.: dentadura, ponte móvel) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

43. E9. Orientações de tratamento dos sintomas em casos de dor na articulação temporomandibular *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

44. E10. Aconselhamento sobre nutrição e dieta *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

45. E11. Tratamento e orientação em caso de periocoronarite *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

46. E12. Tratamento e orientações de saúde bucal aos pacientes com deficiência *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

47. E12. Tratamento e orientações de saúde bucal aos pacientes com deficiência *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

48. E13. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

49. E14. Esclarecimentos sobre problemas que possam ocorrer quando se utiliza "piercing" na boca *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

50. E15. Orientação e encaminhamento de pessoas que respiram pela boca para tratamento médico *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

51. E16. Orientações sobre feridas na boca (ex.: herpes simples) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

52. E17. Orientações e encaminhamento de pessoas com malformações no lábio e no céu da boca (ex.: fenda labial, fenda palatina, lábio leporino) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

53. E18. Orientações sobre alterações no gosto dos alimentos (paladar) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

54. E19. Orientações às pessoas que rangem os dentes (bruxismo) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

55. E20. Orientações sobre transtornos alimentares (problemas alimentares) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

56. E21. Orientações sobre problemas causados pelo excesso de flúor nos dentes (fluorose) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

57. E22. Orientações de saúde bucal para quem cuida (cuidadores) de pacientes acamados ou com deficiência *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

58. E23. Orientações e cuidados de saúde bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

INTEGRALIDADE -
SERVIÇOS PRESTADOS

Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes? Por favor, indique a melhor opção.

59. F1. Exame da boca/exame dos dentes/exame odontológico *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

60. F2. Orientações sobre hábitos que podem prejudicar a boca e os dentes (ex.: roer unhas, morder bochechas) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

61. F3. Orientações sobre o que fazer para prevenir o câncer de boca *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

62. F4. Tratamento e orientações sobre desgastes nos dentes *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

63. F5. Orientações sobre medicamentos (remédios que interferem na boca) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

64. F6. Orientações de como realizar a higiene da boca (escova/fio dental) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

65. F7. Orientações sobre mudanças que ocorrem na boca com o envelhecimento *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

66. G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do(a) paciente ou alguém da família? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

67. G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na famílias dos pacientes (ex.: câncer de boca, diabetes, pressão alta, tabagismo, alcoolismo)? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

68. G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

O seguinte item é incluído como parte rotineira da sua avaliação de saúde? Por favor, indique a melhor opção.

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

69. G4. Discussão sobre fatores de risco sociais dos pacientes (ex.: perda de emprego)? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção.

70. H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde bucal faz visitas domiciliares? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

71. H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

72. H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

ORIENTAÇÃO
COMUNITÁRIA

No seu serviço de saúde são utilizados os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas? Por favor, indique a melhor opção.

73. H4. Pesquisas com os seus pacientes *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

74. H5. Pesquisas na sua comunidade *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

75. H6. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

76. H7. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

77. H8. Avaliações sistemáticas de programas e serviços prestados *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

78. H9. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

ORIENTAÇÃO
COMUNITÁRIA

No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar a populações da comunidade atendida? Por favor, indique a melhor opção.

79. H10. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

80. H11. Vínculos com serviços/organizações religiosas *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

81. H12. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

82. H13. Agentes comunitários ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, indique a melhor opção.

83. I1. Se necessário você leva em consideração as crenças familiares sobre os cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular (ex.: ervas medicinais, medicamentos caseiros)? *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

COMPETÊNCIA
CULTURAL

No seu serviço de saúde algum dos seguintes métodos é utilizado para abordar a diversidade cultural da população atendida? Por favor, indique a melhor opção.

84. I2. Treinamento da equipe por instrutores externos *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

85. I3. Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

86. I4. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (ex.: cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos) *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- COM CERTEZA NÃO
- NÃO SEI/NÃO LEMBRO

87. 15. Equipe que reflita a diversidade cultural da população atendida *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

88. 16. Planejamento de serviços que reflitam a diversidade cultural *

Marcar apenas uma oval.

- COM CERTEZA SIM
 PROVAVELMENTE SIM
 PROVAVELMENTE NÃO
 COM CERTEZA NÃO
 NÃO SEI/NÃO LEMBRO

89. Em uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19 influenciou no alcance do atributo: Acesso. Considere: "a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas" *
-

90. Em uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, Quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19 influenciou no alcance do atributo LONGITUDINALIDADE. Considere longitudinalidade: Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. *
-

91. Em uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, Quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19, influenciou no completo alcance do atributo CORDENAÇÃO . Considere COORDENAÇÃO DO CUIDADO: forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. *
-

92. Em uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, Quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19, influenciou no alcance do atributo INTEGRALIDADE. Considere INTEGRALIDADE: Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral. *
-

93. Em uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, Quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19, influenciou no alcance do atributo ORIENTAÇÃO FAMILIAR. Considere ORIENTAÇÃO FAMILIAR: avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. *
-

94. qqEm uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, Quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19, influenciou no alcance do atributo ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA. Considere ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços *
-

23/11/2021 10:41

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO...

95. Em uma nota de 0 a 10, onde 0 representa o menor grau e 10 o maior, Quanto o momento atual, considerando a Pandemia COVID 19, influenciou no alcance do atributo ORIENTAÇÃO CULTURAL. Considere ORIENTAÇÃO CULTURAL: Adaptação do provedor de cuidados (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação. *

96. Quais suas contribuições quanto a esse instrumento, considerando potencialidades e limitações.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, desenvolvida por PRISCILLA LOPES FERREIRA DA SILVA OLIVEIRA, discente de Mestrado em Saúde da Família do PROFSAUDE - Pólo FIOCRUZ-RJ, sob orientação da Professora Dra. **Ângela Oliveira Casanova**, docente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central do estudo é: **AVALIAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA AP 5.3, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, A PARTIR DA MENSURAÇÃO DA PRESENÇA DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

O convite a sua participação se deve à sua atuação como Cirurgião Dentista, em uma unidade básica de saúde da AP 5.3. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Apenas as pesquisadoras do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades e o material coletado será armazenado em local seguro. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

A sua participação consistirá em responder perguntas do questionário PCATool à pesquisadora do projeto, que estará disponível, caso aceite este termo. Este preenchimento leva cerca de 20 minutos. E ao término será encaminhado para o e-mail que você informar. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio

das vias judiciais. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. Como benefício espera-se contribuir para que as equipes reflitam sobre seu processo de trabalho na AP 5.3, bem como apontar as potencialidades e limites do PCATool na avaliação das equipes de saúde bucal.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, neste caso identificamos possibilidade de haver constrangimento, desconforto, e risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes. Como providência para evitar essas situações, informamos que o entrevistado poderá, a qualquer momento, optar em não responder às perguntas contidas no formulário eletrônico. Ao lado disso, como medida de evitar ou minimizar a possibilidade de identificação, os resultados serão organizados e apresentados considerando-se o conjunto das unidades de saúde da AP 5.3, sendo discutidos de acordo com esse recorte regional.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa ou sobre o questionário apresentado a seguir, o participante poderá entrar em contato por telefone ou whats app tel. 964385572.

O pesquisador se compromete a discutir os resultados da pesquisa com os participantes por meio de oficina e também os apresentar a gestores e ou gerentes de acordo, através de seminário. Uma síntese dos resultados também será encaminhada por meio eletrônico aos entrevistados da pesquisa após sua conclusão.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Este trabalho também será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ), instituição coparticipante. Ambos Comitês são formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Tel. Do CEP/SMS – RJ: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar Centro. Rio de Janeiro- RJ

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Priscilla Lopes Ferreira Da Silva Oliveira

Tel. (21) 964385572

E-mail: priscillauffodonto@gmail.com

Ângela Oliveira Casanova

ENSP/Fiocruz

Tel. (21) 999744221