

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS  
ODONTOLÓGICAS

Anderson Falcão Tambara

**REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EXTRACLÍNICAS PELAS EQUIPES  
DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Santa Maria, RS  
2019

**Anderson Falcão Tambara**

**REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EXTRACLÍNICAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE  
BUCAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ênfase em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas**.

Orientador: Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Santa Maria, RS  
2019

Falcão Tambara, Anderson

Realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal no Brasil. / Anderson Falcão Tambara.- 2019.

46 p. ; 30 cm

Orientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências Odontológicas, RS, 2019

1. Avaliação em saúde 2. PMAQ 3. Atividades extraclínicas 4. Planejamento em saúde 5. Saúde bucal I. Melgarejo do Amaral Giordani, Jessye II. Título.

**Anderson Falcão Tambara**

**REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EXTRACLÍNICAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE  
BUCAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ênfase em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas**.

**Aprovado em 3 de outubro de 2019**

---

**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientador)

---

**Matheus Neves, Dr ( UFRGS)**  
(Examinador)

---

**Lenise Menezes Seerig, Dra (UFN)**  
(Examinadora)

Santa Maria, RS  
2019

## **AGRADECIMENTOS:**

Eu Anderson Falcão Tambara, agradeço primeiramente a Deus por me guiar, orientar e me dar saúde para chegar até aqui.

Aos meus pais e minha família por todo o amor que me deram, sempre me incentivando a ser uma pessoa e profissional melhor a cada dia, sou extremamente agradecido a Deus por ter todos vocês na minha vida.

A Universidade Federal de Santa Maria, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de crescer e me tornar mestre.

Ao Professor Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, pela atenção, paciência, amizade e muitos conhecimentos compartilhados.

Aos colegas, pela amizade e companheirismo.

Aos meus amigos, que são meus presentes de Deus, obrigada pelo apoio e por sempre me incentivarem.

E a todos que de certa forma fizeram parte dessa jornada, direta ou indiretamente, obrigado.

## RESUMO

### REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EXTRACLÍNICAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

AUTOR: Anderson Falcão Tambara  
ORIENTADOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Os Cirurgiões-Dentistas das equipes de Saúde da Família devem realizar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe. A atividade extraclínica (AEC) pode ser considerada toda a atividade desenvolvida fora do âmbito da clínica odontológica e que fortaleça as ações de planejamento e promoção de saúde para a comunidade. Neste contexto, o objetivo deste estudo é verificar os fatores individuais e contextuais associados a realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB, no Brasil em 2014. Trata-se de um estudo observacional transversal a partir de dados secundários de 18.333 equipes de saúde bucal e dos municípios aos quais estas equipes de saúde estavam implantadas, no Brasil em 2014. Os dados foram coletados através de entrevistas utilizando um questionário estruturado. O desfecho utilizado foi a realização de ações extraclínicas e as variáveis de exposição foram organizadas em três dimensões, nível contextual sociodemográfico, nível contextual serviço de saúde e nível individual processo de trabalho. Foi utilizado regressão de Poisson multinível para avaliar a associação entre as variáveis de exposição e a realização de atividades extraclínicas. A prevalência de realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal foi 54,2% (IC 95%: 53,5-54,9). Na análise ajustada em relação as características contextuais as maiores prevalências foram encontradas entre municípios da região nordeste (RP:1,28 IC 95%: 1,16-1,41), com mais de 500mil habitantes (RP 1,34 IC95%: 1,15-1,57), municípios com IDH muito alto (RP: 2,07 IC95%: 1,18-3,61) com cobertura de saúde bucal de 50%ou mais (RP 1,22 IC95%: 1,14-1,30), com proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos menor que 8% (RP 1,08 IC95% 1,02-1,14) e com média de escovação dental supervisionada de 8% ou mais (RP 1,11 IC95%:1,03-1,20). Em relação as características individuais as maiores prevalências foram encontradas entre as equipes que realizavam educação em saúde (RP 2,06 IC95%: 1,78-2,38), com a presença de longitudinalidade do cuidado (RP1,25 IC95%:1,12-1,39) com participação da equipe completa nas ações de educação permanente ( RP 1,21 95% 1,12-1,30), e que recebiam apoio institucional para planejamento ( RP 1,17 IC 95%: 1,09-1,25). O estudo contribuiu para o melhor entendimento sobre como a atuação das equipes de saúde bucal estão sendo desenvolvidas para atenção em saúde no Brasil. Diante disso, essa avaliação colabora com subsídios para o planejamento e acompanhamento da gestão em saúde que por meio de ações em saúde e educação permanente poderá otimizar atividades extraclínicas, que são importantes para o avanço do cuidado em saúde bucal.

**Palavras-chave:** Atividades extraclínicas; Avaliação em saúde; Planejamento em saúde; Saúde bucal; Saúde da Família.

## ABSTRACT

### EXTRACLINIC ACTIVITIES BY ORAL HEALTH TEAMS IN BRAZIL

AUTHOR: Anderson Falcão Tambara  
ADVISOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Dentists of Family Health teams should perform, support and develop activities related to oral health with the other team members. Extraclinical activity (ECA) can be considered any activity developed outside the scope of the dental clinic and which strengthens the planning and health promotion actions for the community. In this context, the objective of this study is to verify the individual and contextual factors associated with the performance of extraclinical activities by the oral health teams participating in PMAQ-AB, in Brazil in 2014. This is a multilevel cross-sectional observational study from secondary data from 18,333 oral health teams and the municipalities to which these health teams were located in Brazil in 2014. Data were collected through interviews using a structured questionnaire. The outcome used was extraclinical actions and the exposure variables were organized into three dimensions, sociodemographic contextual level, health service contextual level and individual work process level. The data were analyzed with the estatofter 14 and hierarchical modeling and poisson regression were performed to obtain the prevalence ratios. The prevalence of extraclinical actions by the oral health teams was 54.2% (95% CI: 53.5-54.9). In the adjusted analysis in relation to the contextual characteristics, the highest prevalences were found among municipalities of the city. northeastern region (RP:1.28 IC 95%: 1.16-1.41), with more than 500 thousand inhabitants (RP 1.34 IC95%: 1.15-1.57), municipalities with very high HDI (RP: 2.07 IC95%: 1.18-3.61) with oral health coverage of 50% or more (RP 1.22 IC95%: 1.14-1.30), with proportion of tooth extraction compared to other procedures less than 8% (RP 1,08 IC95% 1,02-1,14) and with an average supervised tooth brushing of 8% or more (RP 1.11 IC95%:1.03-1.20). Regarding individual characteristics, the highest prevalences were found among the teams that performed health education (RP 2.06 IC95%: 1.78-2.38), with the presence of logitudinality of care (RP1.25 IC95%:1.12-1.39) with participation of the complete team in the continuing education actions ( RP 1.21 95% 1.12-1.30) and receiving institutional support for planning ( RP 1.17 IC 95%: 1.09-1.25) Therefore, this evaluation contributes to the planning and monitoring of health management that through health actions and continuing education can optimize extraclinical activities, which are important for the advancement of oral health care.

**Key-words:** Extraclinical Activities; Health assessment; Health planning; Oral health; Family Health

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 ARTIGO</b> .....	10
Introdução .....	12
Metodologia.....	13
Resultados .....	16
Discussão.....	19
Conclusão .....	23
Referências .....	23
<b>3 CONCLUSÃO</b> .....	28
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29
<b>ANEXOS</b> .....	33

## 1.INTRODUÇÃO

Repensar e reorganizar os modelos de gestão e atenção à saúde no Brasil é de grande importância, uma vez que são estes modelos os norteadores da efetivação do cuidado com os indivíduos e os coletivos e, por conseguinte, da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isto, é fundamental a existência de serviços de saúde em número adequado para obter-se uma cobertura populacional justa, mas principalmente que estes serviços não trabalhem isoladamente e sim de maneira complementar na perspectiva de redes de atenção. Logo, a atenção básica possui grande importância para compor essas redes, uma vez que se apresenta próxima do cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios e assim proporcionando cuidado aos usuários de maneira mais rápida e efetiva (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, a saúde bucal no Brasil começou a ampliar seu papel em âmbito nacional a partir da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada no mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A partir de então os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) passaram a integrar as ações e serviços de saúde bucal no território nacional (SILVESTRE et al., 2013).

No ano de 2000, foi incorporada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) a Equipe de Saúde Bucal (ESB), o que representou um passo importante para melhoria do acesso da população à saúde bucal, bem como a ampliação de ações de promoção e prevenção, como forma de reorganizar a atenção primária (BRASIL, 2001).

Em 2004 as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontavam para a reorganização da atenção em saúde bucal no Brasil, como forma de reorientar o modelo em todos os níveis de atenção. O processo passa pela ampliação e qualificação da atenção básica, e de atendimentos nos níveis secundário e terciário, permitindo o acesso a todas as faixas etárias da população. Por meio da Portaria 599/GM, são normatizadas as ações de saúde bucal para a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2006).

Os cirurgiões dentistas das equipes de Saúde da Família devem realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e

programar ações de saúde bucal, bem como atender à comunidade no território adscrito à Unidade Básica de Saúde (UBS) em que a sua equipe está vinculada. Por atender compreende-se: promover e proteger a saúde bucal, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratar, acompanhar, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos. Além disso, devem realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares (BRASIL, 2008).

Ainda devem coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, como também acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. (BRASIL, 2008)

Dentre estas atividades coletivas, a atividade extraclínica (AEC) pode ser considerada toda a atividade desenvolvida fora do âmbito da clínica odontológica e que fortaleça as ações de promoção da saúde para a população. Essas ações deverão ser preferencialmente planejadas em conjunto com a ESF levando em consideração os perfis epidemiológicos, culturais e sociais da população assistida e também de acordo com as necessidades sentidas por essa mesma população. Sempre que possível, deverão ser abordadas e implementadas de forma multiprofissional (LONDRINA, 2009).

Para a implantação de serviços de saúde que diminuam as iniquidades existentes, principalmente entre as regiões brasileiras, deve haver uma sistematização da avaliação da qualidade da oferta destes serviços para a população. Desta forma, o processo avaliativo constitui importante método de análise da qualidade do cuidado/atenção e do processo de trabalho em saúde, pois a avaliação pode produzir mudanças que favoreçam o acesso equitativo aos serviços de saúde (CONIL, 2004; COLUSSI, 2011; SILVA, 2011). A utilização da avaliação deve extrapolar o campo da tomada de decisão e do reordenamento das políticas de saúde, firmando-se como recurso constantemente presente na averiguação da qualidade dos serviços prestados (GOES, 2012). Neste sentido, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), através da Portaria nº1.654 de 19 de julho de 2011, que objetiva fomentar a ampliação do acesso e a melhoria da

qualidade da atenção em saúde com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica, é um recurso importante no planejamento de ações de monitoramento e avaliação em saúde.

O PMAQ-AB compreende quatro fases: i) contratualização ou adesão dos municípios e equipes de saúde; ii) desenvolvimento ou autoavaliação das equipes de saúde e da gestão municipal; iii) avaliação externa das equipes de saúde realizada pelas Instituições de Ensino Superior; e iv) recontratualização dos municípios e equipes de saúde. Estas quatro fases são realizadas em ciclos ou períodos sendo que o primeiro ciclo foi realizado em 2011-2012, abrangendo 3.965 municípios brasileiros (71,3%), 100% das unidades básicas de saúde, 17.500 equipes de saúde (destas aproximadamente 12mil equipes de saúde bucal) e 65.700 usuários entrevistados (BRASIL, 2013b).

É impossível avançar sem integrar as políticas de saúde com outras iniciativas de regionalização em andamento em outros setores do governo, unindo esforços para diminuir a pobreza, a desigualdade e a exclusão social, distribuindo melhor a renda e melhorando o acesso e a gestão em saúde (GUIMARAES, 2005). A partir de uma análise de situação em cada região, é necessário debater não somente as necessidades de saúde da sua população, mas também as necessidades de gestão apontadas pelos municípios, onde a partir disso, é possível organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde que opere com financiamento adequado e baseado em critérios epidemiológicos, geográficos e socioeconômicos. Outro aspecto importante para a diminuição das desigualdades regionais é a avaliação constante das ações, principalmente avaliação dos serviços de saúde, corroborando, portanto, com o objetivo deste trabalho (CNDSS, 2014).

Portanto, emerge para a discussão sobre desigualdades macrorregionais em saúde a temática do desenvolvimento regional, pois quando caracterizamos o desenvolvimento de uma forma ampliada é possível captar diversos aspectos de uma sociedade. Dessa forma, características econômicas, sociais e culturais relacionam-se direta e indiretamente à temática do desenvolvimento (PINTO, 2014). O objetivo deste estudo é verificar os fatores contextuais e individuais associados à realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB, no Brasil em 2014.

## 2 ARTIGO

### **REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EXTRACLÍNICAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Este artigo será submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*, ISSN 1678-4464; fator de impacto (JCR 2017) = 0.971; Qualis A3.

## **Realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal no Brasil**

Anderson Falcão Tambara<sup>1</sup>, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Autor Correspondente:

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Av. Roraima nº 1000

UFSM, Cidade Universitária

Prédio 26F, odontologia.

Bairro Camobi.

CEP: 97105-900.

Santa Maria - RS

### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi verificar os fatores individuais e contextuais associados a realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB, no Brasil em 2014. Trata-se de um estudo observacional transversal a partir de dados secundários de 18.333 equipes de saúde bucal e dos municípios aos quais estas equipes de saúde estavam implantadas, no Brasil em 2014. Os dados foram coletados através de entrevistas utilizando um questionário estruturado. O desfecho utilizado foi a realização de atividades extraclínicas e as variáveis de exposição foram organizadas em três dimensões, nível contextual sociodemográfico, nível contextual serviço de saúde e nível individual processo de trabalho. Foi utilizado regressão de Poisson multinível para avaliar a associação entre as variáveis de exposição e a realização de ações extraclínicas. A modelagem foi hierárquica. A prevalência de realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal foi 54,2% (IC 95%: 53,5-54,9). Na análise ajustada em relação as características contextuais as maiores prevalências foram encontradas entre municípios da região nordeste (RP:1.28 IC 95%: 1.16-1.41), com mais de 500mil habitantes (RP 1,34 IC95%: 1,15-1,57), municípios com IDH muito alto (RP: 2,07 IC95%: 1,18-3,61) com cobertura de saúde bucal de 50% ou mais (RP 1,22 IC95%: 1,14-1,30), com proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos menor que 8% e com média de escovação dental supervisionada de 8% ou mais (RP 1.11 IC95%:1.03-1.20). Em relação as características individuais as maiores prevalências foram encontradas entre as equipes que realizavam educação em saúde (RP 2.06 IC95%: 1.78-2.38) com a presença de longitudinalidade do cuidado (RP1,25 IC95%:1,12-1,39) com participação da equipe completa nas ações de educação permanente ( RP 1.21 95% 1.12-1.30), e que recebiam apoio institucional para planejamento ( RP 1.17 IC 95%: 1.09-1.25). O estudo contribui para a compreensão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Brasil e reforça fatores importantes na efetivação de um modelo de atenção alinhado às diretrizes da política nacional de saúde bucal, ou seja, que valorize os dispositivos da clínica ampliada no cuidado em saúde bucal.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Planejamento em saúde; Saúde da Família. Saúde bucal; Atividades extraclínicas.

## Introdução

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode ser compreendida em analisar os componentes da produção destes serviços segundo três dimensões: a estrutura, o processo e os resultados. A dimensão estrutura engloba os recursos humanos, físicos e financeiros usados para fornecer o cuidado à saúde, assim como os parâmetros organizacionais e os meios de financiamento destes recursos. O processo abrange as ações constitutivas da atenção à saúde, incluindo a organização do processo de trabalho na oferta dos serviços de saúde. Já a dimensão resultados refere-se às mudanças nas condições de saúde da população que foram promovidas pelos cuidados recebidos<sup>1</sup>.

No Brasil, uma ação importante no planejamento de ações de avaliação e monitoramento em saúde foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva fomentar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção em saúde com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica<sup>2</sup>.

Dentre as ações avaliadas pelo PMAQ, encontram-se as do processo de trabalho das equipes da atenção primária a saúde, onde neste nível de atenção os Cirurgiões-Dentistas devem desenvolver ações com os demais membros da equipe<sup>2</sup>. Dentre estas ações, a atividade extraclínica (AEC) pode ser considerada toda a atividade desenvolvida fora do âmbito da clínica odontológica e que fortaleça as ações de promoção da saúde para a população, por exemplo, participação em reunião de equipe, realização de visitas domiciliares e educação em saúde<sup>3,4,5</sup>. Essas atividades fazem parte de um modelo de atenção focado na saúde na família, sendo um conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela<sup>6</sup>. Esse modelo de atenção à saúde se alinha às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>7</sup>.

No entanto, a literatura ainda é escassa em relação às características que influenciam na organização do processo de trabalho das equipes de saúde para ofertarem AEC. Em uma busca no SciELO e PubMed sobre o PMAQ, em julho de

2019, foram encontrados 114 documentos nos quais 11 abordavam avaliação em saúde bucal e apenas 3 artigos abordaram alguma variável relacionada a realização de AEC, verificando-se que a condição social, demográfica e econômica dos municípios associou-se com o desempenho das equipes de saúde<sup>8</sup>.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é verificar os fatores individuais (equipe de saúde) e contextuais (municípios) associados a realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB, no Brasil em 2014.

## **Metodologia**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo observacional transversal a partir das informações das equipes de saúde bucal e dos municípios aos quais estas equipes de saúde estavam implantadas, no Brasil, em 2014.

### **População e amostra**

A população do estudo foram todas equipes de saúde bucal que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ – AB. Em dezembro de 2014 o Brasil possuía 25.362 equipes de saúde bucal<sup>7</sup>. O presente estudo avaliou 18.333 equipes de saúde bucal representando 77,2% das equipes em 2014.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas estruturadas com as equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB. As entrevistas foram realizadas com contato prévio do entrevistador com o profissional respondente, sendo este último o que agregava maior conhecimento sobre o processo de trabalho em equipe, previamente determinado pela equipe<sup>11</sup>. Os entrevistados foram 94,4% Cirurgiões dentistas, 4,3% auxiliares de saúde bucal e 1,3% técnicos de saúde bucal.

Para o trabalho em campo, foram selecionados avaliadores externos que participaram de um processo de formação com duração de uma semana, o qual foi centrado nas atividades que posteriormente desenvolveriam em campo. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições

de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ. Foram utilizados computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente. Após as coletas, os dados foram enviados via internet a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados. Caso alguma informação não estivesse dentro dos padrões definidos pelo Ministério da Saúde, o supervisor de campo deveria entrar em um ambiente eletrônico virtual específico de validação das informações e justificar essa inconsistência<sup>11</sup>.

A presente pesquisa utilizou os microdados do módulo VI o qual possui informações sobre processo de trabalho da equipe da equipe de saúde bucal do segundo ciclo do PMAQ. Esses dados são públicos e estão disponíveis no site do ministério da saúde ([aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2](http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2)).

A coleta de dados contextuais (características dos municípios) foi realizada através das seguintes fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento ([atlasbrasil.org.br/2013/pt](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt)) e Índice de Desempenho do SUS do Ministério da Saúde ([idsus.saude.gov.br](http://idsus.saude.gov.br)).

#### Variáveis

O desfecho foi definido a partir da resposta às seguintes perguntas do instrumento: Educação em saúde (A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche? Sim / Não); Visita Domiciliar (A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar? Sim / Não); e Reunião de Equipe (A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica? Sempre / às vezes / nunca).

Foi gerada uma nova variável chamada de atividades extraclínicas, com as opções de resposta Sim ou Não, tornado-a binária (0:não / 1:sim). Para a definição da categoria 1 (sim) as respostas deveriam ser educação em saúde (sim), visita domiciliar (sim) e reunião de equipe (sempre).

As variáveis independentes contextuais (municipais) provenientes do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil foram: Macrorregião (norte, nordeste, centro-oeste, sul e sudeste), Porte Populacional, 2010 (até 5mil hab, de 5001- 10 mil hab, de 10001 e 50 mil hab, de 50.001 hab- 100mil, de 100.001hab- 500mil, mais de 500mil) e Índice de Desenvolvimento Humano- IDH, 2010: muito alto (de 0,800 a 1), alto (de 0,700 a 0,799), médio (de 0,6 a 0,699), baixo (0,500-0,599), muito baixo (0-0,499).

As variáveis contextuais provenientes do Ministério da Saúde foram: Cobertura de saúde bucal, 2011 (avaliada pelo número médio mensal de equipes de saúde bucal da atenção básica, para cada 3000 pessoas, em relação à população residente total no município no ano avaliado; até 50% / 50% ou mais). Exodontia, 2011 (percentual de extrações dentárias em relação à soma de procedimentos em determinado município e ano; até 7,99% / 8% ou mais); Escovação, 2011 (proporção média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada; até 7,99% / 8% ou mais). Os pontos de corte das categorizações das variáveis Porte Populacional e IDH foram baseados no IBGE<sup>12</sup> e os pontos de corte das categorizações das variáveis Cobertura de Saúde Bucal, Exodontia e Escovação foram baseados nos parâmetros sugeridos pelo Ministério da Saúde<sup>13</sup>.

As variáveis independentes individuais (nível equipe de saúde) foram: Educação em saúde (A agenda da equipe de saúde bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território? Sim / Não código); Longitudinalidade (A equipe de saúde bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento? Sim / Não código); Educação Permanente (Quais profissionais da equipe de saúde bucal estão envolvidos nas ações de educação permanente? apenas o cirurgião dentista / apenas o auxiliar ou técnico em saúde bucal / a equipe de saúde bucal completa); Apoio Institucional (A gestão municipal realiza apoio institucional para planejamento e organização da equipe? Sim / Não).

#### Análise estatística

Os dados foram analisados no software Stata 14. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Para avaliar o efeito dos dois níveis (municipal e equipes de saúde) as variáveis foram organizadas em três dimensões: i) nível contextual sociodemográfico; ii) nível contextual serviço de saúde; e iii) nível individual processo de trabalho. Regressão de Poisson<sup>14,15,16</sup> Multinível (comando `xtpoisson`, com o subcomando `re` para os efeitos randômicos)<sup>17</sup> foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem foi hierárquica<sup>18</sup> em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis de processo de trabalho ajustadas pelas variáveis contextuais).

## Aspectos éticos

Embora os microdados da avaliação externa no PMAQ sejam de domínio público, o protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob número do parecer 2.887.912 e certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) número 96828618.4.0000.5346.

## Resultados

19.946 equipes de saúde bucal participaram da avaliação externa do PMAQ. Dessas, 1.613 foram excluídas por não apresentarem informações para atividades extraclínicas, ou seja, não possuíam dados para o desfecho investigado (missing=8,08%). Assim, para esse estudo foram incluídas 18.333 equipes de saúde bucal de 4.359 municípios do Brasil.

A prevalência geral de realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal foi 54,2% (IC 95%: 53,5-54,9). Quando as variáveis que compõem o desfecho foram analisadas desagregadas, 66,2% das equipes sempre participavam das reuniões de equipe, 78,2% realizavam visitas domiciliares e 92,5% realizavam atividades na escola.

Em relação às características contextuais a maioria das equipes se localizava em municípios da região nordeste 8.555( 42,8%), com até 50mil habitantes (61%), com IDH alto / muito alto ( 43,02%), com cobertura de saúde bucal de 50% ou mais (66,95%), com proporção média mensal de escovação dental supervisionada maior que 8% (56,2%) e em municípios com proporção de realização de procedimentos de exodontia em relação aos demais procedimentos menor que 8% (59,2%) ( Tabela 1).

Na análise ajustada, a região nordeste apresentou uma prevalência 28% maior de ter atividades extraclínicas quando comparada a região norte (RP: 1,28 IC95%: 1,16-1.41). Municípios com mais de 500mil habitantes apresentaram maiores prevalências na realização de atividades extraclínicas quando comparados com municípios com até 5mil habitantes (RP: 1,34 IC95%: 1,15-1,57). Municípios com IDH muito alto apresentaram razão de prevalência 2,07 vezes maior na realização de atividades extraclínicas (RP: 2,07 IC95%: 1,18-3,61) quando comparados com municípios de IDH muito baixo. Em relação ao bloco de indicadores de saúde bucal, as maiores prevalências na realização de atividades extraclínicas foram encontradas

em municípios com cobertura de saúde bucal de 50% ou mais (RP 1,22 IC95%: 1,14-1,30), municípios com menos de 8% na proporção de realização de procedimentos de exodontia em relação aos demais procedimentos (RP 1,08 IC95%: 1,02-1,14) e nos municípios com mais de 8% de atividades coletivas de escovação dental supervisionada ( RP 1,11 IC95%: 1,03-1,20) ( Tabela 1)-

Tabela 1: Distribuição da amostra, prevalência e razão de prevalência bruta e ajustada para realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal segundo características contextuais no Brasil em 2014 (n= 18.333).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de AEC (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada <sup>a</sup> (IC95%)	Valor P <sup>b</sup>
<b>Macrorregião</b>					
Norte	1.493 (7,49)	44,3 (41,6- 47,0)	1	1	
Nordeste	8.555(42,89)	56,1 (55,0-57,2)	1,27 (1,15-1,40)	1,28 (1,16-1,41)	0,00
Centro-oeste	1.721 (8,63)	49,0 (46,6-51,5)	1,07 (0,94-1,21)	0,95 (0,84-1,08)	0,43
Sul	2.746 (13,77)	58,9 (57,0-60,8)	1,31 (1,18-1,47)	1,12 (0,99-1,26)	0,05
Sudeste	5.431 (27,23)	53,2 (51,8-54,5)	1,17 (1,05-1,29)	0,98 (0,89-1,10)	0,84
<b>Porte Populacional</b>					
Até 5mil	1.281 (6,42)	47,4 (44,6-50,2)	1	1	
5001-10mil	2.082 (10,44)	42,9 (40,7-45,1)	0,90 (0,81-1,00)	0,92 (0,83-1,03)	0,15
1001-50mil	8.803 (44,14)	50,1 (49,0-51,2)	1,04 (0,95-1,14)	1,06 (0,97-1,16)	0,21
50001-100mil	2.399 (12,03)	56,1 (54,0-58,1)	1,16 (1,04-1,28)	1,19 (1,07-1,33)	0,00
100001-500mil	3.051 (15,30)	63,3 (61,5-65,1)	1,29( 1,16-1,43)	1,34 ( 1,19-1,51)	0,00
Mais de 500mil	2.328 (11,67)	70,2 (68,3-72,1)	1,35 (1,19-1,54)	1,34 (1,15-1,57)	0,00
<b>IDH</b>					
Muito baixo	50(0,25)	31,1(19,2-46,0)	1	1	
Baixo	4.084(20,48)	48,4(46,8-50,0)	1,53 (0,89-2,62)	1,33 (0,78-2,70)	0,29
Médio	7.230(36,25)	49,7(48,5-50,9)	1,54(0,90-2,64)	1,37 ( 0,80-2,33)	0,25
Alto	7.316 (36,68)	58,9(57,8-60,1)	1,76 ( 1,03-3,02)	1,63 (0,95-2,80)	0,07
Muito alto	1.264(6,34)	71,0(68,4-73,5)	2,29 (1,32- 3,98)	2,07 (1,18-3,61)	0,01
<b>Cobertura Saúde Bucal</b>					
≤ 50%	6.586(33,05)	56,9(55,6-58,1)	1	1	
> 50%	13.343(66,95)	53,0(52,1-53,8)	1,01( 0,96-1,07)	1,22(1,14-1,30)	0,00
<b>Exodontia</b>					
≥ 8%	10.302 (51,66)	49,5 (48,5-50,5)	1	1	
< 8%	9.638 (48,34)	59,2 (58,2-60,2)	1,11(1,06-1,17)	1,08 (1,02-1,14)	0,00
<b>Escovação</b>					
< 8%	18.141 (91,00)	54,0(53,2-54,8)	1	1	
≥ 8%	1.795 (9,00)	56,2(53,9-58,6)	1,09 (1,01-1,17)	1,11 (1,03-1,20)	0,00

<sup>a</sup> Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

<sup>b</sup> Valor P correspondente à razão de prevalência ajustada

Em relação às características individuais a maioria das equipes possuía agenda organizada para ofertar ações de educação em saúde (90,51%), garantiam agendamento de retorno para a continuidade do tratamento dos usuários (91,79%), participavam das ações de educação permanente com equipe completa (82,14%) e que recebiam apoio institucional da gestão municipal para planejamento e organização da equipe (81,84%). Na análise ajustada as maiores prevalências na realização de atividades extraclínicas foram observadas entre as equipes que possuíam agenda organizada para ofertar ações de educação em saúde (RP 2,06 IC95%:1,78-2,38), as equipes que garantiam agendamento de retorno para a continuidade do tratamento dos usuários (RP 1,25 IC 95%: 1,12-1,39), as equipes que participavam das ações de educação permanente com equipe completa ( RP 1,21 IC 95% 1,12-1,30) e as equipes que recebiam apoio institucional da gestão municipal para planejamento e organização da equipe ( RP 1,17 IC 95%: 1,09-1,25) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra, prevalência e razão de prevalência bruta e ajustada para realização de atividades extraclínicas pelas equipes de saúde bucal segundo características individuais no Brasil em 2014 (n= 18.333).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de AEC (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada <sup>a</sup> (IC95%)	Valor P <sup>b</sup>
Educação em saúde					
Não	1.749 (9,49)	18,0(16,3-19,9)	1	1	
Sim	16.594 (90,51)	58,0(57,3-58,8)	3,05 (2,72-3,41)	2,06 (1,78-2,38)	<0,01
Longitudinalidade					
Não	1.506 (8,21)	36,7 (34,3-39,2)	1	1	
Sim	16.827 (91,79)	55,8 (55,0-56,5)	1,47 ( 1,35-1,61)	1,25 (1,12-1,39)	<0,01
Educação Permanente					
Apenas CD	2.058 (13,84)	46,1 (44,0-48,3)	1	1	
ASB e TSB	597 (4,02)	54,4 (50,4-58,4)	1,16 (1,02-1,32)	1,21 (1,07-1,39)	<0,01
Equipe Completa	12.214(82,14)	61,2 (60,3-62,0)	1,30 (1,21-1,39)	1,21 (1,12-1,30)	<0,01
Apoio Institucional					
Não	2.740 (18,16)	46,1(44,3-48,0)	1	1	
Sim	12.344 (81,84)	60,0(59,2-60,9)	1,29 ( 1,21-1,37)	1,17 (1,09-1,25)	<0,01

<sup>a</sup> Modelo 2: variáveis do nível equipe de saúde, ajustadas entre si e pelas variáveis do bloco contextual.

<sup>b</sup> Valor P correspondente à razão de prevalência ajustada.

## **Discussão**

O estudo verificou a prevalência de atividades extraclínicas e seus fatores associados nas equipes de saúde bucal participantes do PMAQ no Brasil. Os resultados encontrados permitiram identificar que as características contextuais (municípios) e as características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal estiveram associadas à realização de atividades extraclínicas.

Em uma dimensão contextual, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Para entendermos as relações contextuais no qual no presente estudo destacamos os fatores sociodemográficos e de serviço de saúde<sup>19</sup>.

Os achados apresentaram diferenças entre as macrorregiões nacionais, com destaque positivo para região nordeste, resultado também encontrado em outro estudo que avaliou a associação entre aspectos contextuais dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas equipes de saúde bucal<sup>20</sup>.

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

Em relação ao porte populacional, os municípios menores apresentaram menor prevalência de realização de atividades extraclínicas. Resultados desfavoráveis aos municípios de pequeno porte populacional também foram encontrados em outro estudo com dados do PMAQ<sup>20</sup>. Isso pode ser explicado pelas desigualdades intermunicipais desfavoráveis aos municípios menores, o que explicita a necessidade de compreender o papel da gestão como apoiadora das ESB<sup>8</sup>. Nesse sentido cabe refletir a respeito da importância da qualificação da gestão com apoio do Ministério da saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde principalmente aos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos

sistemas de saúde. Além disso, é importante que a regionalização seja efetiva, e que se organizem as redes de atenção em saúde de forma equânime incluindo os municípios<sup>22</sup>. Devemos considerar também que municípios de menor porte apresentam uma maior rotatividade de profissionais nas equipes, cobertura de extensas áreas rurais e particularidade nas condições de trabalho<sup>23</sup>.

Além disso, em uma dimensão contextual, para a ocorrência dos principais problemas de saúde, devemos analisar fatores relacionados com as desigualdades sociais como a concentração de renda, o desemprego e o analfabetismo, além de fatores relacionados a serviços de saúde<sup>22</sup>. Sabemos que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. O modelo de Dahlgren e Whitehead, para os DSS, destaca os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre a saúde <sup>23</sup>.

A literatura atual tem avançado na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população, no intuito de entender a correlação entre os macroindicadores socioeconômicos de uma sociedade neste caso o IDH<sup>24</sup>. Este indicador avalia o desenvolvimento de uma população, não apenas sob o ponto de vista econômico, mas também sob outras dimensões fundamentais da vida humana, tais como saúde e educação. O presente estudo mostrou que a maior prevalência de atividades extraclínicas foram encontradas em municípios com IDH muito alto, isso pode ser explicado pelo fato de que a capacidade de executar as políticas públicas se tornam maiores. Fato também demonstrado através da carga de doença maior (maior número de pessoas edêntulas) em regiões brasileiras com menor IDH<sup>25</sup>.

É importante para avaliação dos serviços de saúde o uso de parâmetros sanitários, como os indicadores de saúde, pois são medidas-síntese que apresentam informações relevantes sobre determinados atributos e desempenho dos sistemas de saúde<sup>26</sup>. Estes indicadores podem ser calculados a partir de dados fornecidos, pelos gestores do SUS a partir dos sistemas de informação em saúde<sup>13</sup>. No presente estudo as maiores prevalências na realização de atividades extraclínicas foram encontradas em municípios com maior cobertura de saúde bucal. A garantia do acesso da população a serviços de saúde Bucal é medida pelo indicador Cobertura populacional estimada de equipes básicas de Saúde Bucal sendo constatado que

uma baixa cobertura de equipe de saúde bucal reflete em altas taxas de exodontias. Além disso, municípios com cobertura maior apresentam uma equipe de profissionais da equipe de saúde bucal mais completa facilitando a execução das políticas públicas de saúde<sup>13</sup>.

Outros indicadores que auxiliam na avaliação dos serviços de saúde são a proporção de exodontia comparado aos demais procedimentos e a escovação dental supervisionada. A análise do indicador de exodontia é uma forma de avaliar o modelo de atenção que está sendo realizado, especialmente dentro das equipes da atenção primária à saúde, principal responsável pela coordenação do cuidado nas redes de atenção em saúde, refletindo nas referências para os serviços especializados, por exemplo<sup>13,27</sup>. Assim, o modelo de assistência odontológica tecnicista e a falta de capacidade resolutiva dos serviços de especialidades odontológicas podem contribuir para explicar a associação de maiores prevalências de atividades extraclínicas em municípios com melhores performances na proporção de extrações em relação aos demais procedimentos (exodontia  $\leq 8\%$ )<sup>27</sup>. Em relação às atividades de escovação dental supervisionada, há uma tendência de uma menor valorização das ações preventivas nas localidades de menor desenvolvimento, podendo ser uma consequência da prioridade dada aos procedimentos clínicos, seja devido a uma alta demanda, ou devido a um reflexo das atividades tecnicistas ainda incorporadas no processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas e seus auxiliares<sup>27</sup>.

Além dos aspectos contextuais que se discutem neste estudo, é importante a observação das variáveis exploradas ao nível das equipes de saúde bucal. Os resultados apontam que a maioria das equipes possuem agenda organizada para ofertar ações de educação em saúde, atividades essas que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitar ao usuário conquista de sua autonomia. Essas ações em educação em saúde podem contemplar diferentes faixas etárias e locais, como por exemplo, grupos de saúde e terceira idade, visitas domiciliares e escolas. Em um modelo Dialógico de Educação em Saúde o educador já não é mais o que apenas educa, mas tornam sujeitos do processo em que crescem juntos. Apesar disto, possuir uma agenda organizada para realização de educação em saúde não é, necessariamente, a garantia de realização da mesma, motivo pelo qual esta variável não entrou na composição do desfecho<sup>28,29</sup>.

Maiores prevalências de realização das atividades extraclínicas foram encontradas nas equipes de saúde bucal que garantiam agendamento de retorno aos usuários. Esta ação alinha-se ao atributo da longitudinalidade da APS, que visa o acompanhamento dos usuários ao longo do tempo e a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários<sup>30</sup>. Longitudinalidade, no contexto da atenção primária é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em uma unidade de saúde<sup>31</sup>.

Maiores prevalências das AEC foram encontradas entre as equipes que participavam de atividades de educação permanente com a presença de uma equipe completa (CD, ASB e/ou TSB juntos). A educação permanente, com a participação e integração da equipe, gestores e usuários, contribui para transformação do processo de trabalho, com uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde<sup>32</sup>. A equipe multiprofissional, com uma agenda que garante os momentos de educação permanente pode proporcionar uma equipe mais coesa e integrada. Além disso, a troca de saberes entre diferentes núcleos da saúde realizando ações multiprofissionais fortalece o serviço e contribui para ressignificação dos processos de saúde<sup>33</sup>. A educação permanente sendo a aprendizagem no trabalho, incorpora o aprender e o ensinar ao cotidiano. Destaca-se aqui as contribuições de Paulo Freire, onde a problematização considera os conhecimentos e experiências que as pessoas já possuem<sup>34</sup>.

As equipes que receberam apoio institucional apresentaram maiores prevalências de realização das AEC. A função apoio visa promover a análise e a gestão compartilhadas do trabalho. Nesse sentido, objetiva a democratização das instituições e procura evidenciar as relações intrínsecas entre a oferta de serviços que atendam a necessidades sociais, à configuração das organizações que os provêm e a formação subjetiva dos profissionais<sup>35,36,37,38,39</sup>. Alguns estudos também demonstram uma mudança prática no cotidiano dos serviços, predominantemente ligadas às alterações no processo de trabalho e na organização do cuidado, associadas ao apoio institucional realizado diretamente nas equipes de saúde, como a implantação e a organização do acolhimento em unidades de saúde, ou à ampliação de ações comunitárias empreendidas pelas equipes.<sup>40,41,42</sup>

O presente estudo possui algumas limitações. Por ser um estudo com delineamento transversal, não estabelece relações causais, apenas associações e hipóteses. Para esse estudo não foi realizada amostragem probabilística, podendo

gerar viés de seleção. O PMAQ não é um instrumento validado. Por ter sido utilizado dados secundários, não foi possível inserir novas variáveis relativas ao processo de trabalho que seriam interessantes de avaliar, como por exemplo, participação em grupos de saúde e ações multiprofissionais. Além disso, pode ter havido uma superestimação dos resultados em função da tendência às respostas positivas na avaliação ministerial. Em relação a aferição do desfecho existe uma limitação pois algumas equipes realizam essas atividades no cotidiano e outras de forma esporádica. Por fim, o período de coleta dos dados contextuais é diferente do período de coleta dos dados do PMAQ, podendo gerar confundimento.

### **Conclusão**

Os resultados deste estudo demonstram que as características contextuais (municípios) e as características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal estiveram associadas na realização de atividades extraclínicas. O estudo contribui para a compreensão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Brasil e reforça fatores importantes na efetivação de um modelo de atenção alinhado às diretrizes da política nacional de saúde bucal, ou seja, que valorize os dispositivos da clínica ampliada no cuidado em saúde bucal.

### **Referências:**

1. Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? JAMA. Chicago (IL): 1988, 260: 23-30).
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: MS; 2012.
3. Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Manual de saúde buca- Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coordenadores.- 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2009.
4. Farias CAP. A Política Pública como Campo Multidisciplinar. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 11-21.
5. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.24 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2008.
6. Soares CLM. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection.

7. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde- Departamento de atenção básica- coordenação nacional de saúde bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2014.
8. BRASIL. Ministério da saúde, Caderno da Atenção Básica - caderno 17. Brasília-DF,2008.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019> Acessado em setembro de 2019.
10. ANS. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1 edição, Brasília-DF, 2013
12. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano dos municípios. PNUD; 2013. [acessado 2019 Mar 20]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/saude.gov.br>
13. BRASIL. Ministério da saúde. IDSUS, Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [idsus.saude.gov.br/detalhadas.html](http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html) Acesso em: maio 2019
14. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(3):487-495, mar, 2015.
15. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol*; 162:199-200. 2005.
16. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*; 3:21. 2003.
17. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. Second Edition. Stata Press. 2008.
18. VICTORA CG et al. Determinants of malnutrition in a low-income population: hierarchical analytical model. *Cad. Saúde Pública* vol.9 suppl.1 Rio de Janeiro 1993
19. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e soc. São Paulo* V.26.n.3.p 676-689,2017.

20. Neves M, Giordani J.M; Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Ciênc. saúde coletiva online 2017.
21. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. Rev Saude Publica 1996; 30(2):168-178.
22. Baldai MH, Ribeiro AE, Gonçalves JR. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. Saúde debate.2018.
23. BUSS PM. FILHO AP. A saúde e seus Determinantes sociais. Rev. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
24. Pinheiro R. Integralidade e Prática Social. Entrevista ao BoletIN Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [site da Internet] [acessado 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=162&sid=25>.
25. Pessoa et al. Atlas do Desenvolvimento Humano , Disponível em : <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o-atlas/perguntas-frequentes/> acessado em agosto de 2019.
26. CNDSS. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de saúde. Entrevista com Isabel Senra. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/o-desafio-de-promover-a-saude-lidando-com-as-diferencas-regionais/>>. Acesso em 15 de dezembro 2017.
27. Santos PR. cobertura de equipe de saúde bucal na atenção básica e sua relação com a proporção de exodontias nos municípios do estado de São Paulo, 2018.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
29. BRASIL. Ministério da saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica coordenação nacional de saúde bucal. Brasília, 2004.
30. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
31. Frank, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. Saúde debate [online]. 2015, vol.39, n.105, pp.400-410. ISSN 0103-1104.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas Nacionais de Atenção Básica. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica coordenação nacional de saúde bucal. Brasília, 2012.
33. Pereira, Renata Cristina Arthou. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. / Renata Cristina Arthou Pereira. Rio de Janeiro: s.n., 2011.
34. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(3):847- 52).
35. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
36. Oliveira, G N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. 175p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Campinas-SP, 2011.
37. Righi, L. B. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 1145-1150, 2014.
38. Moura, RH, Luzio C A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no núcleo de apoio à saúde da família (nasf): para além das diretrizes. *Interface comun. saúde educ.*, v. 18, p. 957-970, 2014.
39. Paulon SM, Pache, DF, Righi LB. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface comun. saúde educ*, v. 18, p. 809-820, 2014.
40. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(3):847- 52).
41. Cardoso JR. Cartografia das práticas de apoio na atenção primária à saúde na regional Recanto das Emas, Distrito Federal. 109p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
42. Figueiredo MA. construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio paideia e formação. 341 p. Tese [Doutorado] - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
43. Barrs JC; Souza PN. Práticas discursivas de uma tutora em fóruns de discussão online. *Veredas - revista de estudos linguísticos*, 2011. p. 383-397.



### 3 CONCLUSÃO

Com base nos resultados desta dissertação, foi possível concluir que as características contextuais (municípios) e as características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal estiveram associadas a realização de atividades extraclínicas. O estudo contribuiu para o melhor entendimento sobre como a atuação das equipes de saúde bucal está sendo desenvolvida para atenção em saúde no Brasil. Diante disso, essa avaliação colabora com subsídios para o planejamento e acompanhamento da gestão em saúde que por meio de ações em saúde e educação permanente poderá otimizar atividades extraclínicas, que são importantes para o avanço do cuidado em saúde bucal e principalmente para efetivação de um modelo de atenção em saúde bucal mais ampliado e alinhado as diretrizes da política nacional de saúde bucal. Além disso, é possível sinalizar os desafios e barreiras ainda existentes na atuação da equipe de saúde bucal, melhorando com isso a compreensão dos aspectos ainda necessários para a qualidade na atenção em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica coordenação nacional de saúde bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. SAPS, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade. Disponível em: [aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2](http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2)  
Acesso em: maio 2019.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. IDSUS, Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [idsus.saude.gov.br/detalhadas.html](http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html)  
Acesso em: maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**, Brasília, DF; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 599/GM de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde, **Caderno da Atenção Básica - caderno 17**. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal** – resultados principais. Brasília; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 edição, Brasília-DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: MS; 2013c.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde- Departamento de atenção básica- coordenação nacional de saúde bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2014.

CNDSS. **Comissão Nacional de Determinantes Sociais de saúde**. Entrevista com Isabel Senra. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/o-desafio-de-promover-a-saude-lidando-com-as-diferencas-regionais/>>. Acesso em 15 de dezembro 2017.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Geneva: WHO, Discussionpaper,

Draft; 2007.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad Saúde Pública** 20(5):1417-23, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

GOES, P.S.A et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad Saúde Pública**; 28:81-9, 2012.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de saúde bucal**./- Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coordenadores.- 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. vol.44, n.4, pp. 1024-1031, 2010.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W.; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

NEVES, M; GIORDANI, J.M; HUGO, F.N Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Ciênc. saúde coletiva online 2017.

FUCHS SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. Rev Saude Publica 1996; 30(2):168-178.

MICLOS PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da Atenção Básica. Rev Saúde Pública. 2017; 51(86):1- 10.

SPIEGELMAN D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. Am J Epidemiol; 162:199-200. 2005.

RABE-HESKETH S, Skrandal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. Second Edition. Stata Press. 2008.

PINHEIRO R. Integralidade e Prática Social. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [site da Internet] [acessado 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=162&sid=25>.

FREIRE P. Pedagogia do oprimido. 46a . ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005

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

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. **Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde.** *Saúde debate* [online]. 2015, vol.39, n.105, pp.400-410. ISSN 0103-1104.

FALKENBERG MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Cienc Saude Colet. 2014; 19(3):847- 52).

OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. 175p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Campinas-SP, 2011.

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. Interface comun. saúde educ., v. 18, p. 1145-1150, 2014.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no núcleo de apoio à saúde da família (nasf): para além das diretrizes. Interface comun. saúde educ., v. 18, p. 957-970, 2014.

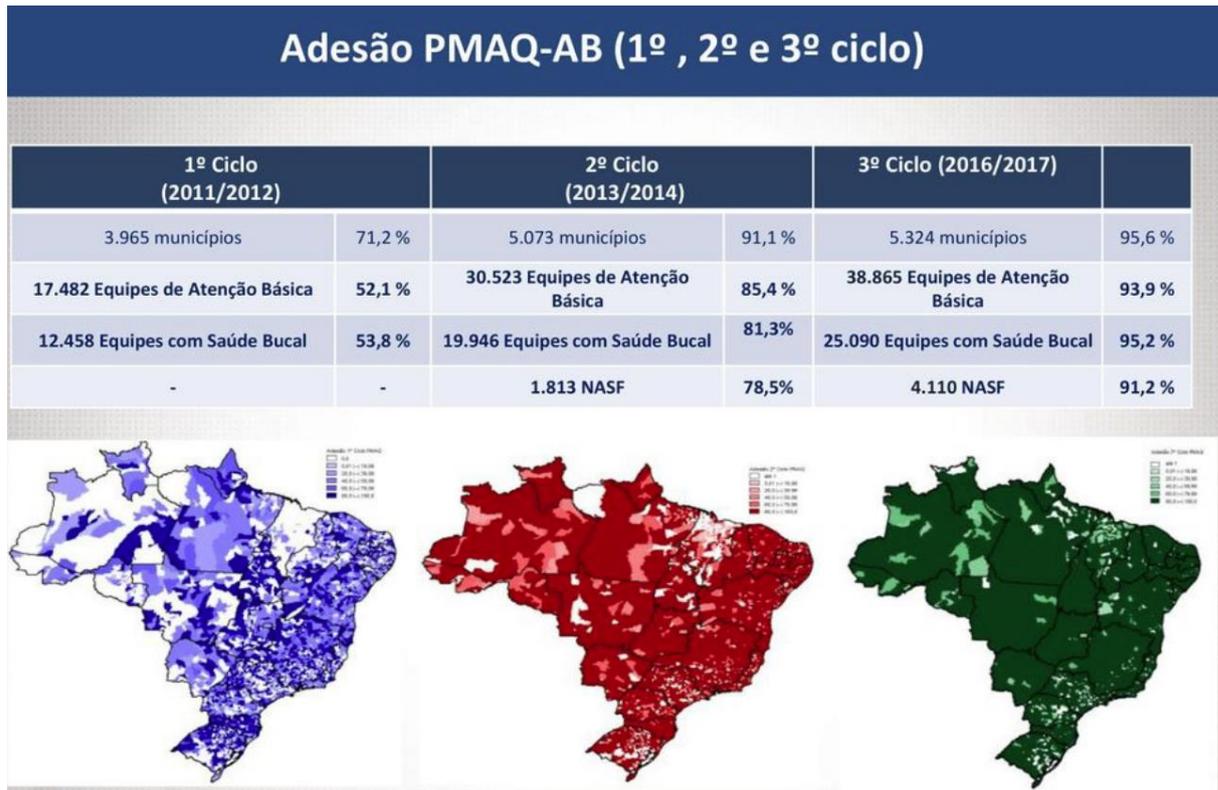
PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. Interface comun. saúde educ, v. 18, p. 809-820, 2014.

CARDOSO, J. R. Cartografia das práticas de apoio na atenção primária à saúde na regional Recanto das Emas, Distrito Federal. 109p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

FIGUEIREDO, M. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio paideia e formação. 341 p. Tese [Doutorado] - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

## ANEXOS

## ANEXO 1: MAPA DA COBERTURA DE SERVIÇOS E MUNICÍPIOS AVALIADOS NOS TRÊS CICLOS DO PMAQ



**Fonte:** <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/04/3-APRESENTA%C3%87%C3%83O-UFRN.pdf>

## ANEXO 2: INDICADORES PRESENTES NO IDSUS

### Indicador nº 2

#### Cobertura estimada da população residente pelas equipes de saúde bucal da atenção básica

##### Conceituação

Número médio mensal de equipes de saúde bucal da atenção básica, para cada 3000 pessoas, em relação à população residente total no município no ano avaliado. São consideradas equipes de saúde bucal da atenção básica as Equipes de Saúde Bucal (ESB) das Equipes de Saúde da Família - ESF I e II com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e os cirurgiões dentistas não integrantes das ESB com carga horária, de trabalho de 60 horas semanais.

##### Interpretação

O indicador mede a cobertura e, portanto, a disponibilidade das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica para a população residente de um determinado município. Uma maior cobertura das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica indica maior potencial de oferta de serviços de odontologia básica para a população e também maior facilidade de acesso aos serviços odontológicos. Considera-se adequado que exista pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal da atenção básica para cada grupo de 3000 pessoas residentes.

##### Usos

Analisar a disponibilidade de profissionais de saúde bucal da atenção básica em um determinado território, identificando áreas em que há maior e menor cobertura por esses profissionais. Subsidiar processos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos em todo o país, avaliando que locais possuem cobertura abaixo do padrão desejável.

##### Limitações

O indicador mensura a existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por elas. Dessa forma, é uma aproximação da potencial oferta de ações e serviços de odontologia básica. A análise do resultado do indicador pode ser complementada com informações sobre a quantidade e qualidade dos atendimentos realizados ou sobre procedimentos produzidos..

Como o indicador faz uso de valores médios mensais, o resultado encontrado pode não ser representativo da situação mais comumente encontrada no município, ao longo do ano ou no mês mais recente. O valor médio mensal pode ser facilmente afetado por resultados de apenas alguns meses do ano, não permitindo a visualização de situações muito abaixo ou muito acima do esperado em alguns períodos.

##### Fonte

Dados do DAB/SAS/MS ([http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)). Ministério da Saúde: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Dados sobre a população residente, censos ou estimativas intercensitárias.

##### Método de cálculo

[(Número médio mensal de Equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família) **somado** (Número médio mensal de equivalentes formados por cada 60

horas semanais de cirurgiões dentistas não integrantes de ESB)]; **multiplicado** por 3000 habitantes; dividido pela população residente no município no ano avaliado

**Numerador:** (Nº de ESB modalidade I implantadas somados ao Nº de ESB modalidade II implantadas)\*, divididas por 12; somadas ao total anual das horas semanais de cirurgiões dentistas não integrantes de ESB; dividido por 12 e dividido por 60.

\* *Total do número de Equipes da Saúde Bucal aprovadas pelo Ministério da Saúde e que recebem o incentivo mensal repassado por esse, a cada mês do ano.*

\*\* **ESB Modalidade I** -ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD).

**ESB Modalidade II:** composta por CD, ACD e técnico em higiene dental (THD).

São consideradas para o cálculo das equipes equivalentes formadas por cada 60 horas semanais de:

- cirurgiões dentistas,
- apenas as equipes lotadas nos centros de saúde, unidades básicas de saúde, posto de saúde, unidades móveis terrestres e pluviais.

Em conjunto com as seleções abaixo:

- Esfera administrativa de vínculo dos dentistas: federal, estadual e municipal
- Especialidade dos dentistas segundo código CNES utilizados para o numerador.
- 223208 – cirurgião-dentista, clínico geral dentista, odontologista

Ano avaliado corresponde ao:

- último ano do período de avaliação, pelo IDSUS, dos dados de produção do SIA e SIH.

**Denominador:** Total da população residente no município no ano avaliado, segundo Censo do IBGE ou estimativa intercensitária.

#### **Categorias sugeridas para análise**

Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde, municípios

#### **Parâmetro do Indicador**

50% de cobertura considerando uma equipes de saúde bucal da atenção básica para cada grupo de 3.000 habitantes no ano avaliado.

#### **Pontuação do Indicador**

Se o resultado for maior ou igual ao parâmetro será atribuída nota 10 e se o resultado for menor que o parâmetro a nota será diretamente proporcional ao decréscimo do resultado em relação ao parâmetro.

**Fonte:** <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>

## Indicador nº 20

### Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada

#### Conceituação

Razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população de determinado município, no ano avaliado.

#### Interpretação

Estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentifrício fluoretado, esse indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação;

#### Usos

Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da ação de escovação dental supervisionada, identificando situações que demandem ações e estudos específicos para implantação de ações preventivas de saúde bucal. Contribuir para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de prevenção, promoção e autocuidado, realizadas pelas equipes de saúde bucal.

#### Limitações

O indicador limita-se a um tipo de ação coletiva. Baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde.

#### Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

#### Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, em doze meses, no município, dividido por 12}}{\text{População do município no período avaliado}} \times 100$$

*População do município no período avaliado*

#### Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde, municípios.

#### Parâmetro

Oito participantes por 100 habitantes – média dos municípios que tem cobertura de ESB ou Equipes de THD/ACD maior que 60%.

#### Pontuação

Se o resultado for igual ou superior ao parâmetro, a nota será 10. Se o resultado for menor que o parâmetro, a nota será decrescente, proporcional ao resultado.

#### Obtenção dos dados

A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do Datasus que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde.

Procedimentos odontológicos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, tabulados segundo o município do estabelecimento e o último ano de atendimento do período de anos de produção SIA, avaliados pelo IDSUS.

**Numerador**

Procedimento 01.01.02.003-1 - Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

**Fonte:** <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>

## Indicador nº 21

### Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados

#### Conceituação

Percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados (rol que inclui as extrações), produzidos para residentes em determinado município e ano.

#### Interpretação

Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

#### Usos

Analisar variações populacionais, geográficas e temporais de extrações dentárias em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção à saúde bucal.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal.

#### Limitações

Pessoas que necessitam de extração dentária podem não ter acesso aos serviços odontológicos, interferindo no resultado do indicador.

A proporção entre quantitativos de procedimentos pode mascarar se esses quantitativos são os recomendáveis para melhor saúde bucal da população.

Subregistros de procedimentos alteram os resultados.

Acréscimos ou subtrações no denominador para pequenas quantidades no denominador causam grande variação nos resultados.

#### Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

#### Método de cálculo

*Número de extrações dentárias realizadas em um município e ano avaliado*

*\_\_\_\_\_ x*  
*Total de procedimentos individuais preventivos e curativos selecionados por 100*  
*município e ano avaliado*

#### Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, estados, regiões de saúde, municípios.

#### Parâmetro

Se o resultado for menor ou igual ao parâmetro, a nota será 10.

Se o resultado for maior que o parâmetro, a nota será decrescente, proporcional ao percentual do resultado.

Se número de procedimentos odontológicos clínico-cirúrgicos for igual a zero, nota zero

Se número de exodontias for igual a zero, nota zero.

#### Parâmetro

Oito participantes por 100 habitantes – média dos municípios que tem cobertura de ESB ou Equipes de THD/ACD maior que 60%.

#### Pontuação

Se o resultado for igual ou superior ao parâmetro, a nota será 10. Se o resultado for menor que o parâmetro, a nota será decrescente, proporcional ao resultado.

**Obtenção dos dados**

A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do Datasus que tabula dados das bases nacionais de dados de A obtenção dos dados a seguir segue o padrão de tabulação do TabWin – programa computacional do Datasus que tabula dados das bases nacionais de dados de saúde.

Extraídos dos Procedimentos odontológicos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, tabulados segundo o município do estabelecimento e o último ano de atendimento do período de anos dos dados do SIA usados pelo IDSUS conforme a especificação abaixo:

**Numerador** - procedimentos de exodontia

0414020138 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE

0414020146 - EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE

**Denominador** - procedimentos clínico-cirúrgicos selecionados:

0101020058 - APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)

0101020066 - APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)

0101020074 - APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)

0101020090 - SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA

0307010015 - CAPEAMENTO PULPAR

0307010031 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR

0307010040 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR

0307020010 - ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)

0307020029 - CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO

0307020037 - OBTURACAO DE DENTE DECIDUO

0307020045 - OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR

0307020053 - OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE C/ TRES OU MAIS RAIZES

0307020061 - OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR

0307020070 - PULPOTOMIA DENTARIA

0307020088 - RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR

0307020096 - RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAIZES

0307020100 - RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR

0307020118 - SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR

0307030016 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)

0307030024 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)

0307030032 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)

0414020022 - APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA

0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL

0414020138 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE

0414020146 - EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE

0414020154 - GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)

0414020162 - GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)

0414020219 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO

*0414020243 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)*  
*0414020367 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL*  
*0414020375 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)*

**Fonte:** <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>

## **ANEXO 3: NORMAS DO PERIODICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**

### Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemática.

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) . O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de

desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) .

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

**Fonte:** <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>