

**TATIANA PEREIRA SANTOS**

**PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL**

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2018**

Tatiana Pereira Santos

## **PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia - área de Concentração em Saúde Coletiva.

**Orientador:** Prof. (a): Dr<sup>a</sup> Renata de Castro Martins

**Coorientador:** Prof: Dr. Mauro Henrique N. G. Abreu

**Belo Horizonte  
2018**

## Ficha Catalográfica

S237p Santos, Tatiana Pereira.  
2018 Planejamento e organização dos serviços odontológicos na  
T atenção básica no Brasil / Tatiana Pereira Santos. -- 2018.

59 f. : il.

Orientadora: Renata de Castro Martins.  
Coorientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de  
Abreu.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Assistência odontológica . 2. Atenção primária à  
saúde. 3. Pesquisa sobre serviços de saúde. 4. Saúde bucal.  
5. Sistema Único de Saúde. I. Martins, Renata de Castro. II.  
Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. III.  
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

**TATIANA PEREIRA SANTOS**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Saúde Coletiva.

Aprovada em 05 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Renata de Castro Martins - Orientadora  
FO-UFMG

Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu - Coorientador  
FO-UFMG

Prof(a). Sergio Davila Lins Bezerra Cavalcanti  
Universidade Estadual da Paraíba

Prof(a). Mara Vasconcelos  
FO-UFMG

Belo Horizonte, 5 de julho de 2018.



## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA TATIANA PEREIRA SANTOS

Aos 05 dias de julho de 2018, às 09:00 horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Renata de Castro Martins (Orientadora) – FO/UFMG, Mauro Henrique Nogueira Guimaraes de Abreu (Coorientador) – FO/UFMG, Sergio Davila Lins Bezerra Cavalcanti - Universidade Estadual da Paraíba e Mara Vasconcelos – FO/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado, área de concentração em Saúde Coletiva, intitulada: **Planejamento e organização dos serviços odontológicos na atenção básica no Brasil**. A Presidente da Banca, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 05 de julho de 2018.

Prof(a). Renata de Castro Martins

Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimaraes de Abreu

Prof(a). Sergio Davila Lins Bezerra Cavalcanti

Prof(a). Mara Vasconcelos

Aos meus pais pelo incentivo, amor e  
compreensão primordiais ao longo da  
trajetória.

## AGRADECIMENTO

A Deus por guiar-me até aqui e ser presença viva em minha vida, e me permitir mais uma vitória.

A Capes pelo incentivo financeiro.

À Faculdade de Odontologia da UFMG e todos os professores que contribuíram para a minha formação de mestre.

À professora Isabela Pordeus, coordenadora do colegiado de pós-graduação, meu especial agradecimento por toda dedicação ao programa de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

As queridas, Lais, Letícia, Luciene e Valéria, secretárias do colegiado de pós-graduação, pela ajuda diária e a dedicação ao serviço prestado.

As professoras Raquel Ferreira e Ana Cristina Borges, coordenadoras da área de saúde coletiva, meus agradecimentos especiais pela colaboração à minha formação.

À minha querida orientadora, professora Renata Martins, pelo acolhimento, honestidade e profissionalismo ao longo dessa caminhada e pelos conhecimentos científicos transmitidos de forma eficiente. Os quais foram essências para minha formação.

Ao professor Mauro Abreu, meu querido coorientador, obrigada pela parceria, pelo apoio e conhecimentos transmitidos de um jeito ímpar, fundamentais no trajeto desse projeto e da minha formação.

Ao professor Antônio Matta-Machado pela valiosa contribuição nesse projeto.

Aos colegas de turma do Mestrado em Odontologia UFMG 2016-2018, pelos momentos de parceria vivenciados juntos, obrigada pela amizade.

Aos colegas da saúde coletiva e da “salinha” de estudos pelo companheirismo e incentivo diário.

As amigas do mestrado Heloísa, Lara e Rafaela, dividimos histórias, expectativas, ansiedades, foram dois anos de conhecimentos importantes não apenas pela formação profissional, mas também pela oportunidade de estarmos juntas nesse sonho. Obrigada pela parceria.

Aos meus familiares e amigos, os quais sempre estão ao meu lado torcendo e apoiando os meus projetos de vida. O meu muito obrigada a vocês: Thiago, Thaís, Camila, Cristiane, João Pedro, Maria Clara, Luís Felipe, Madrinha, Padrinho, meus avós e primos. Obrigada pelo apoio e por fazerem parte da minha história.

Ao meu querido namorado, Wagner Cipriano, a você que sempre me incentiva para conseguir alcançar os meus sonhos, os nossos sonhos. Muito obrigada por fazer parte da minha vida e dividir momentos como este.

E por último, entretanto os mais importantes: Aos meus pais, que são o meu alicerce para seguir os meus sonhos e enfrentar as dificuldades da vida. Ao meu pai Pedro, meu exemplo de honestidade, obrigada sempre pela ajuda. Á minha mãe Maria Aparecida, meu exemplo de carinho, obrigada sempre pelas orações fundamentais à minha vida. A vocês sempre a minha dedicação e meu agradecimento.

"Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem sucedidos  
(Pv. 16:3)."

## RESUMO

Apesar dos avanços ocorridos na saúde bucal brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta desafios a fim de estabelecer um acesso universal à saúde. Em consequência disso, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2011), com o objetivo de desenvolver tanto em qualidade quanto em quantidade os serviços públicos brasileiros. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o planejamento e organização do processo de trabalho das ESB na APS do Brasil. Esse estudo transversal censitário descritivo avaliou os dados da avaliação externa, entrevista com o profissional (cirurgião-dentista) das ESB participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB, que aconteceu entre os anos de 2013 e 2014. Nesse período, haviam 23.150 ESB implantadas no Brasil. Dessas, 19.946 ESB se inscreveram ao PMAQ de forma voluntária e 18.114 ESB foram classificadas através do programa. Os dados foram analisados descritivamente e por análise de *cluster* comparando entre as macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) utilizando o programa SPSS v.22.0. Pouco mais da metade das ESB (51,0%) relatou que planeja e programa ações de saúde mensalmente, com apresentação de comprovante. A maioria das ESB monitorou e analisou os indicadores de saúde bucal (66,4%), recebeu apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho (79,0%), recebeu apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde (82,4%), realizou autoavaliação nos últimos 6 meses para programar suas ações (67,5%) e utilizou os resultados da autoavaliação para planejar e programar suas ações (71,4%), ofertou atividades de educação em saúde bucal no território (90,6%) e garantiu atendimento de retorno para os usuários em tratamento (91,9%). De uma forma geral, as ESB agrupadas no *Cluster* 1 apresentaram melhores resultados quanto ao planejamento e organização do processo de trabalho, seguidas pelas ESB do *Cluster* 2, e os piores desempenhos representados pelas ESB agrupadas em *Cluster* 3. Em relação as macrorregiões Brasileiras, as regiões Sudeste (87,5%) Nordeste (85,4%), e Sul (82,7%) apresentaram mais ESB agrupadas no *Cluster* 1, indicando melhores planejamento e organização do processo de trabalho. A maioria das ESB apresentaram uma gestão e planejamento satisfatórios. Entretanto, existe desigualdade na organização destes serviços ao longo do território brasileiro algumas ESB precisam melhorar principalmente o planejamento e a programação das ações com base nos indicadores de saúde e autoavaliação. O planejamento das ações em serviços públicos é necessário visando um atendimento voltado a realidade da população, e com o objetivo de incorporar uma assistência além das necessidades curativas, proporcionando a promoção e prevenção das doenças.

**Palavras-chave:** Atenção primária. Avaliação dos serviços em saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

### Management and organization of oral health services at Brazilian Primary Care

Despite advances in Brazilian oral health, the Unified Health System (UHS) still challenges in order to establish universal access to health. As a result, the Ministry of Health has launched the National Program for Improving the Quality of Primary Care (PMAQ-AB) (2011). With the goal to develop both in quality and in quantity the Brazilian public services. Therefore, the aim of this study was to analyze the planning and organization of the work process of the OHT in the Brazilian APS. This cross-sectional census descriptive study evaluated the data from the external evaluation phase, interview with the professional (dentists) of the OHT participants of the 2nd cycle of PMAQ-AB, which happened between the years of 2013 and 2014. During this period, there were 23,150 OHT implanted in Brazil. Of these, 19,946 OHT were voluntarily subscribed to the PMAQ and 18,114 OHT were classified through the program. The data were analyzed descriptively and by cluster analysis comparing between Brazilian macro regions (North, Northeast, Midwest, Southeast and South) through the SPSS v.22.0 program. Just over half of the OHT (51.0%) reported that they perform monthly planning and scheduling activities with a document to prove it. The majority of OHT monitored and analyzed oral health indicators (66.4%), received support for planning and organizing the work process (79.0%), received permanent institutional support from a team or person from the Municipal Health (82.4%), carried out a self-assessment in the last 6 months to program their actions (67.5%) and used the results of the self-assessment to plan and program their actions (71.4%), offered oral health education in the territory (90.6%) and guaranteed return care for users in treatment (91.9%). In general, OHT grouped in Cluster 1 presented better results in the planning and organization of the work process, followed by Cluster 2 OHT, and the worst performances represented by Cluster 3 OHT. In relation to the Brazilian macro-regions, the Southeast regions (87.5%) Northeast (85.4%), and South (82.7%) had more OHT grouped in Cluster 1, indicating better planning and organization of the work process. Most OHT had satisfactory management and planning. However, there is inequality in the organization of these services throughout the Brazilian territory, some OHT need to improve mainly the planning and programming of actions based on health indicators and self-assessment. The planning of the actions in public services is necessary aiming at a service oriented to the reality of the population, and with the goal of incorporating a care beyond the curative needs, providing the promotion and prevention of the diseases.

**Keywords:** Primary care. Evaluation of health services. Oral health system.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Instituições de Ensino e Pesquisa
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SGDAB  
Básica

Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção

OMS

Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2 OBJETIVOS .....	21
2.1 Objetivo geral .....	21
2.2 Objetivos Específicos .....	21
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Comitê de ética .....	22
3.2 Desenho do estudo .....	22
3.3 População do Estudo .....	22
3.4 Coleta de dados .....	22
3.5 Análise estatística .....	24
4 ARTIGO .....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXO A .....	55
ANEXO B .....	57
ANEXO C .....	59

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Conferência de Alma-Ata em 1978 e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 propuseram fundamentos relevantes para a Atenção Primária a Saúde (APS), denominada de Atenção Básica no Brasil. A saúde como direito universal e conceitos ampliados proporcionando melhores condições de vida, são exemplos dos fundamentos propostos, que contribuíram para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi estabelecido na Constituição Brasileira em 1988, através do artigo 196 que determina a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo a população acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Em 1990 com a aprovação da lei nº 8.080, o SUS foi implementado, com o compromisso de garantir a todos os brasileiros o cuidado em todos os níveis de complexidade, primários, secundários e terciários (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008; PAIM *et al.*, 2011).

Considerando essas necessidades o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é um plano para a reestruturação da atenção básica, com eixo na assistência à saúde integral, oferecendo serviços de promoção e prevenção à saúde, e funciona como a porta de entrada para os serviços de saúde pública no Brasil, com uma assistência próxima as famílias (BRASIL, 1994). Dessa forma, a ESF busca estabelecer os princípios como: acesso universal (destinado a todo o cidadão); longitudinalidade (constituição do vínculo entre usuário e serviço); integralidade (execução de ações distintas a fim de manter a saúde do usuário); coordenação do cuidado (gerenciamento da saúde em todos os níveis de atenção) (STARFIELD, 1998).

A equipe de profissionais que participam da ESF é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). No ano de 2000 foram introduzidas na ESF as Equipes de Saúde Bucal (ESB), composta por cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal e em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composto por diversos profissionais da área da saúde como fisioterapeutas, fonoaudiólogos,

farmacêuticos entre outros, de acordo com as vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios brasileiros. Conseqüentemente expandindo o mercado de trabalho para os profissionais da saúde, principalmente aos cirurgiões-dentistas, que são obrigatórios para a formação das ESB. Para esses profissionais, antes dessa inserção era possível apenas a atuação no setor privado, e a partir dessa nova constituição o mercado de trabalho é ampliado. Assim, o cirurgião-dentista passa a usufruir da opção de um emprego seguro no setor público (BRASIL, 2000; PAIM *et al.*, 2011; FREIRE *et al.*, 2011; NASCIMENTO *et al.*, 2013).

As primeiras políticas de saúde bucal, antes da implementação das ESB, eram voltadas especialmente para um único grupo etário, das crianças. O levantamento epidemiológico em 1996 identificou redução de cárie em crianças de seis a 12 anos, quando comparado com os dados do primeiro levantamento em saúde bucal de 1986 para o grupo de mesma faixa etária (PUCCA JUNIOR *et al.*, 2009). O primeiro e o segundo levantamento epidemiológico em saúde bucal, 1986 e 1996, apresentaram uma amostra restrita às capitais brasileiras e ao Distrito Federal. Entretanto, foram importantes para a criação de políticas objetivando a melhoria em saúde bucal e a prevenção de doenças orais. Dessa forma, o Ministério da Saúde, no ano de 2000 iniciou a discussão sobre a importância da realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal, cuja amostra fosse representativa a toda população brasileira. Avaliando os principais agravos em diferentes grupos etários, incluindo a população urbana e rural. O que conduziu a implantação do Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal na população brasileira.

O SB Brasil ocorreu nos anos de 2003 e 2010. Em 2003, o projeto SB Brasil avaliou os principais agravos em saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, má oclusão, fluorose e necessidade de prótese dentária) na população brasileira, distribuída por grupos etários (BRASIL, 2004a). A alta necessidade da população ao acesso a serviços em saúde bucal de maior complexidade, o alto índice de desdentados e uma alta prevalência de cárie em crianças menores de cinco anos de idade foram alguns dos resultados apresentados pelo SB-Brasil 2003 (PEDRAZZI; HOSTILIO, RODE, 2008).

Dessa forma, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente, com o objetivo de recuperar a saúde bucal dos brasileiros. A meta principal da PNSB foi reorganizar a prática e

qualificar as ações e serviços oferecidos, com intervenções voltadas para todas as idades e a ampliação dos tratamentos odontológicos concedidos pelo SUS (BRASIL, 2000). Sendo assim, ocorreram ações de reorganização da atenção básica em saúde e a ampliação e qualificação da atenção especializada, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O CEO inclui os serviços de atenção secundária, que são referência para a atenção básica e ofertam as especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia oral menor, estomatologia e atendimentos a pacientes com necessidades especiais. A PNSB estabeleceu, também, incentivos para a confecção de próteses dentárias na atenção básica, visando a alta prevalência de desdentados no Brasil (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008; BRASIL, 2004b).

As ações políticas já existentes e as condições de saúde da população devem ser avaliadas frequentemente para uma melhor oferta nos serviços de saúde. Dessa forma, em 2010 foi realizado o SB-Brasil 2010, que avaliou os mesmos problemas de saúde bucal avaliados em 2003, juntamente com dados socioeconômicos da população. Os resultados apresentados em 2010 identificaram ainda uma necessidade de serviços especializados pela população, e uma diminuição na prevalência de cárie dentária, sobretudo nos adolescentes. Entretanto, esses apresentaram um alto índice de oclusopatias. Na população idosa, por sua vez, foi encontrado a alta necessidade de reabilitação oral. Através dos resultados apresentados no SB-Brasil 2010 foi possível ampliar serviços de atenção à saúde bucal, como a implementação das especialidades de ortodontia e implantodontia nos CEO (BRASIL, 2012b).

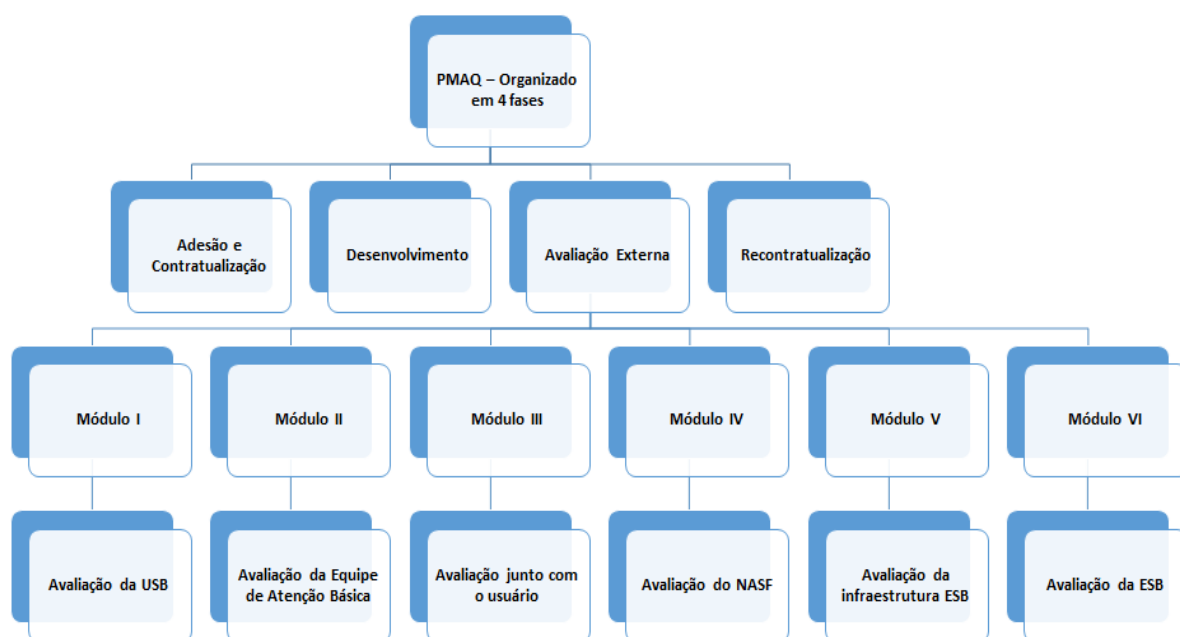
Levantamentos epidemiológicos são importantes para organização dos serviços prestados em saúde. Os dados encontrados devem ser utilizados para planejar, executar e avaliar ações em saúde. Assim, as avaliações críticas sobre esses dados são relevantes para a melhoria da qualidade da prestação serviços, principalmente na rede de atenção pública (MOYSÉS *et al.*, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) também incentiva o desenvolvimento de pesquisas visando o fortalecimento da atenção primária e o aprimoramento do sistema de saúde (BOURGEOIS *et al.*, 2014). Conseqüentemente, a PNSB financia um sistema de vigilância epidemiológica e de informação permanente, visando adequar as ações de saúde de acordo com as necessidades da população e diferenças

socioeconômicas ao longo do território brasileiro (JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Apesar dos grandes avanços com a ampliação dos serviços, promoção da equidade e melhoria dos indicadores de saúde, a saúde pública brasileira ainda encontra desigualdades dentro do território nacional, principalmente nas regiões mais afastadas das áreas urbanas, onde se registram problemas como a falta de articulação em redes integradas, a alta demanda, o modelo médico-centrado, a carência de capacitação, bem como os reduzidos espaços participativos para a democratização do processo de trabalho em saúde (TESSER; NORMAN, 2014; SHIMIZU *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011) e se constitui em uma das iniciativas do Ministério da Saúde centrada na qualificação da atenção básica, com o objetivo principal de garantir acesso de qualidade e impulsionar a expansão da melhoria dos serviços na atenção básica (BRASIL, 2011). O PMAQ-AB busca a expansão dos serviços, tanto quantitativo como qualitativo, de forma que o padrão de qualidade seja comparável no âmbito nacional, regional e local. O PMAQ-AB possibilita uma avaliação dos serviços prestados, que podem contribuir no planejamento de ações mais eficientes de acordo com a realidade da população e no monitoramento dos indicadores em saúde, importantes na gestão dessas ações (MOYSÉS *et al.*, 2013; MATTA-MACHADO *et al.*, 2016). O programa está organizado em quatro fases: 1. Adesão e Contratualização; 2. Desenvolvimento; 3. Avaliação Externa; 4. Recontratualização (Quadro 1). Essas fases conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011).

Quadro 1 – Fluxograma das fases do PMAQ:



Na primeira fase, que envolvem a adesão e contratualização, o município deve aderir ao programa através da contratualização de compromissos estabelecidos entre as ESB, gestores municipais e Ministério da Saúde. A segunda fase visa o desenvolvimento das ações objetivando a qualificação do processo de trabalho das ESB e da gestão, com ações de educação permanente, apoio institucional ao monitoramento de indicadores e realização de processos de autoavaliação. A terceira fase é composta pela avaliação externa, na qual as condições de acesso e qualidade são verificadas e, para isso essa fase foi dividida em seis módulos. O módulo I avaliou a Unidade básica de Saúde (UBS) (infraestrutura e recursos materiais do local); o II a Equipe de Atenção Básica (EAB); o III a entrevista com o usuário; o IV a Equipe do NASF; o V a infraestrutura da ESB; e o VI a ESB, identificando os esforços e resultados das Equipes e dos gestores na qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A terceira fase do PMAQ-AB, em seu processo de avaliação externa, em todos os ciclos contou com a colaboração de Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) brasileiras. O Ministério da Saúde em parceria com 46 IEP desenvolveram o questionário aplicado e a administração da pesquisa. Os IEP selecionaram e capacitaram um grupo de avaliadores que trabalharam com a pesquisa em todo território nacional brasileiro. As entrevistas foram realizadas com os profissionais

das equipes participantes, de forma voluntária, e por verificação de documentos e de informações inseridas previamente aos questionários por meio eletrônico. O banco de dados foi constituído principalmente por questões dicotômicas (Sim/Não), entretanto algumas questões apresentavam um maior detalhamento, e outras exigiam comprovante afim de autenticar as respostas (BRASIL, 2015). A quarta fase é a de recontractualização, onde as equipes sofrem um processo de repactuação entre ESB e gestores com acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, ocasionando avanço sistemático ao programa (BRASIL, 2015). A certificação das equipes ao PMAQ-AB, ocorre segundo essas etapas: 1. Processos de autoavaliação; 2. Indicadores de acesso e qualidade do cuidado; 3. Verificação de um conjunto de qualidades sobre o desempenho das funções. Ao final do processo a ESF recebe um desempenho, entre excelente, bom, regular e insuficiente. Assim, a pontuação das equipes é calculada para cada item (estrutura, indicadores de saúde, resultados da autoavaliação e entrevistas com gestores, profissionais e usuários). Conforme o desempenho os incentivos financeiros são repassados, e as equipes recebem bônus de 20% até 100% (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

O PMAQ-AB é baseado na clássica organização do cuidado e da qualidade proposto por Donabedian. A qualidade é avaliada quanto a estrutura, o processo e os resultados (DONABEDIAN, 2003). Estrutura significa as condições em que o cuidado é fornecido, avalia-se os recursos materiais e humanos e as características da organização. Processos são as atividades que constituem os cuidados em saúde (diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação à saúde). Resultados são as mudanças desejáveis ou indesejáveis, obtidas no indivíduo ou na população que estão atribuídas aos cuidados em saúde (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian para assegurar melhorias aos cuidados em saúde é necessário monitorar o desempenho clínico, conseqüentemente deve-se seguir algumas etapas: determinar o que monitorar e as prioridades no monitoramento, selecionar uma abordagem para avaliar a performance; formular critérios e padrões, obter as informações necessárias, escolher quando e como monitorar, construir um sistema de monitoramento e provocar mudanças de comportamento (DONABEDIAN, 2003). Dessa maneira para alcançar os objetivos propostos durante

o planejamento a gestão dos serviços em saúde deve estabelecer metas. Todavia, as metas devem ser elaboradas de acordo com a situação da comunidade.

As pesquisas sobre avaliações ajudam a garantir que os sistemas desenvolvidos terão evidências científicas e podem induzir políticas preventivas mais efetivas, ao identificar aspectos relacionados à estrutura, ao processo e resultados de trabalho nas ESB. Dessa forma, o PMAQ-AB é um programa que auxilia os cuidados à prevenção e promoção da saúde bucal, pois visa o acesso e uma prestação de serviço de melhor qualidade à população (NEVES *et al.*, 2017).

As abordagens para avaliação de qualidade em saúde: estrutura, processo e resultados, apresentam vantagens e desvantagens, segundo Donabedian. Assim o melhor curso de ação é utilizar a combinação de abordagens para identificar a natureza do problema a ser estudado e a disponibilidade de informações necessárias. A combinação de abordagens permite obter uma avaliação mais completa da qualidade, e pode ajudar a explorar totalmente os vários aspectos. A combinação de estratégias pode identificar as falhas na qualidade, atribuindo à estrutura ou processo, ou ambos, e sugerir quais são as medidas corretivas necessárias para melhorar a qualidade. Quando as deduções sobre a qualidade baseadas na estrutura, processo e resultado concordarem, confirma que o método de avaliação é apropriado. Se as deduções discordarem é um alerta para a existência de problemas. Tais problemas podem corresponder a uma informação incompleta, ocasionada por uma amostra ou momento inadequado durante a coleta de dados (DONABEDIAN, 2003).

O 1º ciclo do PMAQ ocorreu no ano de 2011 e 2012, o 2º ciclo em 2013 e 2014, e o 3º ciclo foi agendado para o período de 2015 e 2016, entretanto ainda está em fase de desenvolvimento. A participação no PMAQ-AB não é obrigatória, entretanto o número de equipes participantes aumentou a cada ciclo, o que levou ao aumento dos investimentos na APS desde o primeiro ciclo do programa (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

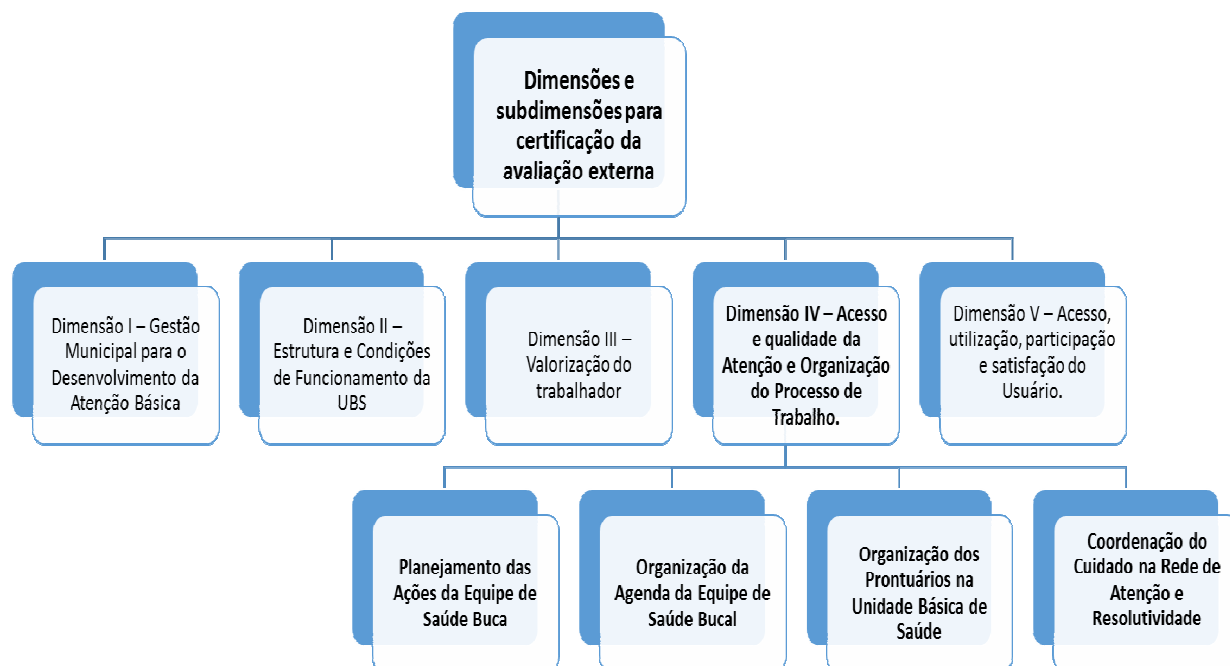
Na fase de desenvolvimento do 2º ciclo do PMAQ-AB, um conjunto de indicadores foi definido. No âmbito da saúde bucal foram avaliados os seguintes indicadores: média de ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura de primeira consulta odontológica programática; primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas

odontológicas programáticas; média de instalações de próteses dentárias; média de atendimento de urgência odontológica por habitante; taxa de incidência de alterações da mucosa oral (BRASIL, 2012a). Assim, foi possível o acompanhamento de forma sistemática e o acesso às informações possibilitou a avaliação dos dados agregados por equipe. Foram utilizados os sistemas de informações disponíveis: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou o módulo e-SUS AB no Portal do Gestor. Os indicadores contribuíram com 20% do resultado da certificação. O indicador final foi obtido considerando a pontuação das equipes, de acordo com o estrato que o município foi classificado (BRASIL, 2015).

A avaliação externa, do 2º ciclo, para as ESB está organizada em três módulos: Módulo V – Observação na Unidade Básica de Saúde para a Saúde Bucal; Módulo VI – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; e Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde bucal. No Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) os gestores devem responder às questões elaboradas segundo os princípios da Atenção Básica que devem ser incorporados à ESB, que funcionam como informações complementares às coletadas nos Módulos III, V e VI (BRASIL, 2013).

Para certificação das equipes participantes do 2º ciclo, uma Matriz de Pontuação foi criada, essa está organizada em cinco dimensões (Quadro 2): Dimensão I – Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica; Dimensão II – Estrutura e condições de funcionamento da UBS; Dimensão III – Valorização do trabalhador; Dimensão IV – Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; Dimensão V – Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário. Dentro das 5 dimensões estão agregados 24 grupos de subdimensões, que receberam um valor de 1 a 4, estabelecido de acordo com a significância técnica, estratégica e política pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Para a certificação o valor da subdimensão varia de acordo com a relevância dentro da dimensão. Nem todos os padrões levantados na avaliação externa fizeram parte do processo de certificação das equipes (BRASIL, 2015).

Quadro 2 – Fluxograma das dimensões do 2º ciclo do PMAQ, fase avaliação externa:



Desse modo, estudos analisando o desempenho dos serviços em saúde pública são necessários para a oferta de sistemas de saúde cada vez mais estruturados e de qualidade. Assim, a importância desse estudo é analisar os dados do PMAQ-AB sobre como estão o planejamento e organização das ações realizadas pelas ESB. Portanto foi organizado da seguinte forma: após as considerações iniciais, que engloba o referencial teórico, encontra-se a seção dos objetivos, seguido pela metodologia utilizada. Os resultados e a discussão serão apresentados na forma de um artigo científico, seguido pelas considerações finais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o planejamento e organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal brasileiras inscritas no PMAQ-AB.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Descrever o planejamento e organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal;

Avaliar o planejamento e organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal de acordo com as cinco macrorregiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Comitê de ética**

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo CAAE 02396512.8.0000.5149) (Anexo A). Foram analisados dados secundários, públicos do Ministério da Saúde do Brasil.

#### **3.2 Desenho do estudo**

Estudo transversal descritivo censitário, avaliando os dados do 2º ciclo do PMAQ conduzido pelo Ministério da Saúde, entre os anos 2013 e 2014, incluindo as ESB inscritas em todo o território brasileiro.

#### **3.3 População do Estudo**

A população do estudo foi constituída por cirurgiões-dentistas que trabalhavam nas ESB e que participaram da pesquisa do PMAQ nos anos de 2013 e 2014. Nesse período existiam 23.150 ESB implantadas no território brasileiro, destas 19.946 ESB participaram de todo o processo para certificação do 2º ciclo do PMAQ, ao final desse ciclo 1.745 equipes foram desclassificadas e outras 688 foram insatisfatórias no programa.

#### **3.4 Coleta de dados**

Os dados utilizados correspondem ao questionário aplicado durante a avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. As questões empregadas correspondem ao Módulo VI – Entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal e a dimensão IV – Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho. As entrevistas com os profissionais das equipes participantes ocorreram de forma voluntária, e por verificação de documentos e de informações inseridas previamente aos questionários por meio

eletrônico. No Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) os gestores responderam às questões elaboradas segundo os princípios da Atenção Básica incorporados à ESB, que funcionaram como informações complementares às coletadas nos Módulos III, V e VI (BRASIL, 2013b). O banco de dados foi constituído principalmente por questões dicotômicas (Sim/Não). Apenas uma das questões avaliadas nesse estudo possibilitava respostas além do sim/não, entretanto durante a análise estatística optou-se por dicotomizar a questão como forma de simplificar as comparações realizadas durante o estudo. A questão dicotomizada foi a número 1 desse estudo, que possibilitava as repostas: Sim, somente com a ESB; Sim, juntamente com a ESF e não (BRASIL, 2015).

As variáveis utilizadas nesse estudo estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis relacionadas ao gerenciamento, planejamento e organização do processo de trabalho da atenção básica das ESB. PMAQ-AB, 2014.

Questões relacionadas ao gerenciamento, planejamento e organização do processo de trabalho da atenção básica das ESB	Respostas		
1. A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente com comprovante?	Sim, somente com a ESB.	Sim, juntamente com a ESF.	Não.
2. A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de Saúde Bucal?	Sim		ão
3. A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim		Não
4. Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?	Sim		Não
5. Sua Equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde?	Sim		Não
6. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.	Sim		Não
7. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: As metas para a atenção básica pactuada pelo município?	Sim		Não
8. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: As informações do sistema de informação da atenção básica?	Sim		Não

9. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)?	Sim	Não
10. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)?	Sim	Não
11. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: As questões ambientais do território (incluindo acesso à terra)?	Sim	Não
12. A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando: Os desafios apontados a partir da autoavaliação?	Sim	Não
13. A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?	Sim	Não
14. A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?	Sim	Não
15. Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim	Não

### 3.5 Análise estatística

Todas as análises foram desenvolvidas no programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY).

Primeiramente foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando assim os resultados de frequência das variáveis independentes, porém o intervalo de confiança não foi calculado por trata-se de um estudo censitário.

Em seguida, foi realizada a análise de *cluster*. A análise de *cluster* realizou o agrupamento das ESB que apresentaram desempenhos semelhantes entre si, e separou das equipes com desempenhos diferentes, formando outros grupos de semelhantes entre si, mas diferentes entre os outros. A análise de cluster permitiu a interpretação individual de cada grupo e a relação que este grupo possui com os demais, permitindo assim, levantar hipóteses relativas às relações estruturais entre as variáveis (VICINI, 2005). Para a análise de *cluster* utilizou-se a análise multivariada hierárquica baseada no vizinho mais distante, que é uma ferramenta exploratória de análise para organizar os dados observados em grupos (*clusters*), nesse caso as ESB, com base em combinações de variáveis,

maximizando a similaridade dos casos dentro de cada grupo (clusters) e maximizando as diferenças entre os grupos (JOHNSON et al., 2007). Três tipos de cluster (incluindo dois a quatro clusters) foram formados a partir 18.114 ESB no Brasil. A opção por análise de três clusters foi escolhida como melhor forma para interpretar os dados. Posteriormente estes 3 clusters formados foram comparados com as macrorregiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

## 4 ARTIGO

Artigo submetido ao periódico *Plos One* (Qualis A1) (Anexos B e C).

### **What we know about management and organization of primary dental care in Brazil**

#### **Management and organization of primary dental care**

Tatiana Pereira Santos<sup>1¶</sup>, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado<sup>2&</sup>, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu<sup>3¶</sup>, Renata Castro Martins<sup>3¶\*</sup>

<sup>1</sup>Graduate Program in Dentistry, Faculty of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

<sup>2</sup>Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

<sup>3</sup>Department of Community and Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

#### **\*Corresponding author**

E-mail: r.c.martins@uol.com.br (RCM)

<sup>¶</sup>These authors contributed equally to this work.

<sup>&</sup>This author also contributed equally to this work.

**Abstract**

This cross-sectional study evaluated the management and organization of primary dental care in Brazil. For this purpose, data from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) were used. Dentists from 18,114 oral health teams (OHTs) answered a structured questionnaire in 2014. The data were analyzed descriptively and by cluster analysis. Half the Brazilian OHTs (51.0%) undertake planning and programming of activities. The majority of OHTs (66.4%) conduct monitoring and analysis of indicators and oral health information. The majority of OHTs had performed some self-evaluation process in the last 6 months (67.5%), and utilized self-evaluation results for planning and programming actions (71.4%). The OHTs grouped in Cluster 1 demonstrated better management organization, followed by the teams grouped in Cluster 2. In the Brazilian macro-regions, the more OHTs were grouped in Cluster 1 in the Southeast (87.5%), Northeast (85.4%) and South (82.7%) regions. The majority of OHTs have satisfactory management and organization. However, some need improvement, mainly in planning and programming actions based on health indicators, and self-evaluation. All Brazilian OHTs need to participate in PMAQ-AB, and it is important to continue evaluating the data to improve oral health care.

**Key words:** Primary Health Care, Dental Health Services, Health Planning Organizations.

## Introduction

The Brazilian health system, known as the Unified Health System (UHS) (*Sistema Único de Saúde – SUS*, in Portuguese), was implemented through the 1988 Federative Constitution of Brazil. According with Primary Health Care (PHC) and based on the proposals made at the Alma Ata Conference in 1978, the main objective of the UHS is the promotion and universalization of public health care to the whole population, the realization of preventive actions, and coordination of care based on social context [1,2,3].

To achieve the goals proposed by the UHS, the Family Health Strategy (FHC) was introduced in 1992. The FHC aims to take care of the problems of families according to their physical and social environment [4]. With the aim of expanding services in primary health care the Brazilian Health Ministry added oral health teams (OHTs) to the FHS in 2000. In 2003, the Brazilian Smiling Program (*Programa Brasil Sorridente* in Portuguese) was launched in an effort to improve the oral health problems that had been uncovered in the epidemiological survey *SB Brasil 2003* [5].

The system of epidemiological and information surveillance established the objective to adjust health actions according to requirement of the population [6]. Critical evaluations of health policies are pertinent to improve the quality of installed health actions and services [7]. It is important to develop research aimed at strengthening primary healthcare, and improving the health system [8]. To strengthen services, it is essential to measure the health system in terms of availability, access, quality and efficiency, and population health by health status, responsiveness, user satisfaction and financial risk protection, through monitoring and evaluating the performance of public health services [9].

There are many differences in oral health among developed and developing countries. While Canada exhibits the best oral healthcare access in the world, oral diseases remain a public health problem in European countries [10]. Some African and Asian countries have community oral health programs based on the sociocultural and behavioral issues of individuals, which allows greater integration of primary care services [11].

In Brazil, a developing country, the Brazilian Ministry of Health established the National Program for Improving Access to and Quality of Primary Care (*Programa*

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, in Portuguese). The PMAQ-AB is based on the classic organization of care and quality proposed by Donabedian, where quality is evaluated using structure, process and results parameters [12]. The PMAQ-AB aims to improve services, both qualitatively and quantitatively, in order to create a quality standard that is comparable at national, regional and local levels [13,14]. OHTs participating in the PMAQ-AB receive financial incentives conditional on performance evaluation of their structure, health indicators, external self-evaluation results and interviews with managers, professionals and users [15].

Considering the necessity to assess the data from PMAQ-AB, and the few studies about this subject, the aim of this study was to analyze data for the structure and operating conditions of primary oral health care, access and quality of attention, and organization of work processes.

## **Materials and methods**

The study was submitted to and approved by the Human Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil (protocol number 02396512.8.0000.5149). This cross-sectional descriptive study used data from the second cycle of PMAQ-AB, conducted by the Brazilian Ministry of Health between 2013 and 2014, and included the entire national territory, covering the macro-regions of Brazil (North, Northeast, Midwest, Southeast and South).

The Brazilian Ministry of Health collaborated with academic institutions to develop the questionnaire and administer the survey. It also reviewed the academic institutions selected and the training of interviewers who were to administer the survey across the country. The interviewers were selected by the professional participating teams, voluntarily; documents were verified, and information previously acquired was inserted into the questionnaires by electronic means. Therefore, the questionnaire consisted of mostly dichotomous questions; however, some questions were more detailed.

The population of this study was constituted by dentists working in OHTs. The questions were developed according to principles from primary care that should be incorporated into the OHTs.

This study investigated the management and organization processes of dental services in primary care. The following questions were considered: “Does the OHT perform monthly planning and scheduling activities with a document to prove it? (Yes. Only with the OHT/Yes. Together with the primary care team/No)”, “Does the OHT conduct monitoring and analysis of indicators and oral health information? (Yes/No)”, “Does the OHT receive support for the programming and organization work process? (Yes/No)”, “Was some self-evaluation process performed by the OHT in the last 6 months? (Yes/No)”, “Does the OHT receive permanent support from a team or person from the municipal health department? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: the construction of a weekly, biweekly or monthly work schedule? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: the goals for primary care according to the municipality? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: data from the primary care information system? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: local information (demand study, epidemiological scenario and others)? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: questions related to biological risks and individual, family and social vulnerabilities (violence, drugs and others)? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: the environmental issues of the territory (including access to land)? (Yes/No)”, “Does the OHT program your activities considering: the challenges mentioned in self-evaluation)? (Yes/No)”, “Is the OHT schedule shared with family health team (FHT) professionals? (Yes/No)”, “Is the OHT schedule organized to offer oral health education activities in the territory? (Yes/No)”, “Does the OHT guarantee the schedule of appointments to continue users’ treatment? (Yes/No)”.

Descriptive statistics were analyzed, and cluster analysis was performed using IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY, USA). Confidence intervals were not calculated because this was a census study. Multivariate agglomerative hierarchy based on the farthest neighbor is an exploratory analysis tool used to organize the data observed in groups (clusters). In this case, analysis of OHTs was based on a combination of independent variables, maximizing the similarity of cases within each group (clusters) and maximizing the differences between groups [16]. Three types of cluster (including two to four clusters) were formed from the OHTs in Brazil. The

three cluster option was chosen as the best way to interpret the data. After that, the three clusters formed were compared for the Brazilian macro-regions: North, Northeast, Midwest, Southeast and South.

## Results

In the second cycle of PMAQ, which occurred between 2013 and 2014, 19,946 OHTs were assessed. Of these, 1,832 (9.2%) were disqualified by the PMAQ evaluation criteria, resulting in a sample of 18,114 OHTs.

Table 1 shows the management organization of the OHTs associated with planning of evaluation and service to users in the basic health units (BHUs).

**Table 1. Descriptive Analysis of Management Organization of OHTs, According to PMAQ-AB Data, Brazil, 2014.**

Variable	Frequency (%)
<i>Does the OHT perform monthly planning and scheduling activities with a document to prove it? (Yes)</i>	9,238 (51.0)
<i>Does the OHT conduct monitoring and analysis of indicators and oral health information? (Yes)</i>	12,031 (66.4)
<i>Does the OHT receive support for the programming and organization work process? (Yes)</i>	14,303 (79.0)
<i>Was some self-evaluation process performed by the OHT in the last 6 months? (Yes)</i>	12,218 (67.5)
<i>Does the OHT receive permanent support from a team or person from the municipal health department? (Yes, always or since the accession of PMAQ)</i>	14,925 (82.4)
<i>Does the OHT program your activities considering: the construction of a weekly, biweekly or monthly work schedule? (Yes)</i>	16,737 (92.4)
<i>Does the OHT program your activities considering: the goals for primary care according to the municipality? (Yes)</i>	15,541 (85.8)
<i>Does the OHT program your activities considering: data from the primary care information system? (Yes)</i>	14,454 (79.8)
<i>Does the OHT program your activities considering: local information (demand study, epidemiological scenario and others)? (Yes)</i>	14,518 (80.1)
<i>Does the OHT program your activities considering: questions related to biological risks and individual, family and social vulnerabilities (violence, drugs and others)? (Yes)</i>	14,195 (78.4)

<i>Does the OHT program your activities considering: the environmental issues of the territory (including access to land)? (Yes)</i>	11,712 (64.7)
<i>Does the OHT program your activities considering: the challenges mentioned in self-evaluation? (Yes)</i>	12,940 (71.4)
<i>Is the OHT schedule shared with family health team (FHT) professionals? (Yes)</i>	12,007 (66.3)
<i>Is the OHT schedule organized to offer oral health education activities in the territory? (Yes)</i>	16,407 (90.6)
<i>Does the OHT guarantee the schedule of appointments to continue users' treatment? (Yes)</i>	16,639 (91.9)

Table 2 displays the management organization of OHTs according to the clusters formed. Overall, the OHTs grouped in Cluster 1 demonstrated the best management organization, followed by the teams grouped in Cluster 2. Exclusively for the questions about achievement of the self-evaluation process by OHTs in the last 6 months, and scheduling organization to offer oral health education activities in the territory, the teams grouped in Cluster 2 related better management organization than teams in Cluster 1. For the question about programming activities considering the environmental issues of the territory (including access to land), and the challenges mentioned in self-evaluation, Clusters 1 and 2 demonstrated similar management organization.

**Table 2. Management Organization of OHTs by Cluster, According to PMAQ-AB Data, Brazil, 2014.**

Variable	Frequency (%)		
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
<i>Does the OHT perform monthly planning and scheduling activities with a document to prove it? (Yes)</i>	8,599 (56.4)	423 (34.8)	216 (13.1)
<i>Does the OHT conduct monitoring and analysis of indicators and oral health information? (Yes)</i>	11,574 (75.9)	208 (17.1)	249 (15.1)
<i>Does the OHT receive support for the programming and organization work process? (Yes)</i>	13,416 (88.0)	559 (46.0)	328 (19.8)
<i>Was some self-evaluation process performed by the OHT in the last 6 months? (Yes)</i>	10,879 (71.4)	915 (75.4)	424 (25.6)
<i>Does the OHT receive permanent support from a team</i>	13,359 (87.6)	872 (71.8)	694 (42.0)

<i>or person from the municipal health department? (Yes, always or since the accession of PMAQ)</i>			
<i>Does the OHT program your activities considering: the construction of a weekly, biweekly or monthly work schedule? (Yes)</i>	14,627 (95.9)	1,099 (90.5)	1,011 (61.1)
<i>Does the OHT program your activities considering: the goals for primary care according to the municipality? (Yes)</i>	14,113 (92.6)	864 (71.2)	564 (34.1)
<i>Does the OHT program your activities considering: data from the primary care information system? (Yes)</i>	13,565 (89.0)	556 (45.8)	333 (20.1)
<i>Does the OHT program your activities considering: local information (demand study, epidemiological scenario and others)? (Yes)</i>	13,444 (88.2)	830 (68.4)	244 (14.8)
<i>Does the OHT program your activities considering: questions related to biological risks and individual, family and social vulnerabilities (violence, drugs and others)? (Yes)</i>	12,958 (85.0)	866 (71.3)	371 (22.4)
<i>Does the OHT program your activities considering: the environmental issues of the territory (including access to land)? (Yes)</i>	10,615 (69.6)	847 (69.8)	250 (15.1)
<i>Does the OHT program your activities considering: the challenges mentioned in self-evaluation? (Yes)</i>	11,760 (77.1)	943 (77.7)	237 (14.3)
<i>Is the OHT schedule shared with family health team (FHT) professionals? (Yes)</i>	10,685 (70.1)	810 (66.7)	512 (31.0)
<i>Is the OHT schedule organized to offer oral health education activities in the territory? (Yes)</i>	14,280 (93.7)	1,164 (95.9)	963 (58.2)
<i>Does the OHT guarantee the schedule of appointments to continue users' treatment? (Yes)</i>	14,316 (93.9)	1,105 (91.0)	1,218 (73.6)

Table 3 shows the distribution of the OHTs in the Brazilian macro-regions. The Southeast (87.5%), Northeast (85.4%) and South (82.7%) regions had more OHTs grouped in Cluster 1. For Cluster 3 (worst management organization), it was observed that the North (17.5%) and Midwest (14.8%) regions prevailed.

**Table 3. Distribution of OHTs in the Brazilian Macro-regions by Cluster, According to PMAQ-AB Data, Brazil, 2014.**

Macro-region	Frequency (%)			
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
<b>North</b>	930 (73.6)	112 (8.9)	221 (17.5)	1,263 (100.0)
<b>Northeast</b>	6,572 (85.4)	572 (7.4)	556 (7.2)	7,700 (100.0)
<b>Midwest</b>	1,232 (78.4)	108 (6.9)	232 (14.8)	1,572 (100.0)
<b>Southeast</b>	4,401 (87.5)	266 (5.3)	360 (7.2)	5,027 (100.0)
<b>South</b>	2,111 (82.7)	156 (6.1)	285 (11.2)	2,552 (100.0)
<b>Total</b>	15,246 (84.2)	1,214 (6.7)	1,654 (9.1)	18,114 (100.0)

## Discussion

This study shows the organization of the work processes of Brazilian OHTs that participated in PMAQ-AB in 2014. The results show how the teams organize work processes by planning actions and the assessment of services. The OHTs' work processes were evaluated through planning and programming actions according to community context, self-evaluation and the team's agenda. The majority of OHTs had good performance of work processes, but some others must be improve in order to develop an appropriate intervention program.

Based on the results, half of the Brazilian OHTs reported that they frequently plan and program their activities, and almost all declared that they plan their activities based on a weekly, biweekly or monthly work schedule; they also guarantee the appointment schedule to allow users to continue treatment. Planning, implementation and evaluation of actions performed are important mechanisms for analyzing activities in public health. When planning does not occur, activities continue to be part of a curative system, focusing only on curing diseases. Based on the PHC principle it is important to offer more than curing of diseases: it is recommended that the system be based on prevention of disease and promotion of

health and should offer the possibility of continuing treatment to establish complete care [17,18,19].

Another important way to improve public health is to monitor actions. The current study found that the majority of OHTs reported monitoring and analysis of oral health indicators and information. Determining what to monitor, monitoring priorities, evaluating performance, and formulating criteria and standards are necessary to ensure health care improvement [12,20]. When the indicators are integrated with a continuous evaluation process, it is possible to monitor and implement changes, and to identify emergency intervention situations. In this way, indicator monitoring plays a key role throughout the process [21]; its main role is monitoring actions to guarantee and strengthen the population's health. Sherer and Sherer [22] analyzed oral health work changes in primary health care after Brazil's National Oral Health Policy was introduced and observed that the planning, monitoring, and evaluation of actions are far from the everyday routines of the OHT. This remains a challenge that requires mobilization, engagement, and decision-making by managers and professionals.

Receiving support for the planning and organization of actions is important for the OHT. Our results showed that most OHTs receive permanent support from a team or person from the municipal health department. Chaves et al. [23] showed in their study about the integration of primary care in healthcare networks in medical care that the matrix support services improve the quality of health care, promote knowledge about resources and potentiate the capacity to solve problems.

Another way to improve the planning of actions is to analyze the results of self-evaluations. Our results showed that more than half of OHTs had carried out self-evaluations in the last 6 months and had planned their activities while considering the challenges mentioned in the self-evaluation. Self-evaluation is fundamental to determine the health needs of a population and to identify target groups [24]. When health teams carry out self-evaluation, it is possible to solve problems and develop new intervention strategies to offer improved oral health services, relations and work processes. Self-evaluation should be integrated with the monitoring process, since it is fundamental to planning actions. To ensure the quality of oral public health care, self-evaluation measures are paramount in all countries [25,26].

Our results showed that the majority of OHTs plan their activities while considering the goals of primary care according to the municipality; data from the primary care information system; local information; biological risks and individual, family and social vulnerabilities; and the environmental issues of the territory. PHC services must be structured to provide the preferential entry point for health care service users, such that almost all problems are solved at the right time and using technology adequate to the specific local situation. In addition, PHC services need to offer health promotion, prevention and treatment of diseases according to the social-epidemiological profile of the population and should be of adequate quality and quantity [27,28,29]. Furthermore, primary care needs to be organized and managed according to a health surveillance system. The best planning and programming actions are evidence-based, and this evidence comes most directly from epidemiological research. Such research makes it possible to create indicators and predetermined parameters and to carry out a critical analysis of results to assess the real situation in the community [7,31,32]. Health services must be organized to improve local and individual health conditions, and to achieve collective results [23].

Establishing goals at health centers enables the identification of problems and the development of actions in an attempt to achieve the proposed objectives; in this way, it is possible to establish parameters to monitor the OHT's actions. To set goals, it is necessary to create health indicators, which are essential in the monitoring and evaluation process, as discussed previously [18,30].

A little more than half of OHTs share their appointment book with the family health team, the late introduction of the OHTs at FHS, only in 2000, and the individualist and technicity training of professionals influence this absence of integration [22]. At the public health is a requirement that professionals are able to manage the complexity issues in collective work, and it is important to offer an integrated healthcare network. Then, when the professionals work together, it should provide better access, more comprehensive care and more collaboration between the professionals. The absence of communication between FHS with OHTs will damage the quality and quantity of care [33].

Our results showed that almost all OHTs offer oral health education activities. The promotion of health and prevention of diseases as a result of education leads to the best results under the principle of PHC. Health promotion focused on behavior

and life style modification and interventions can change the health of the population. The promotion of oral health and prevention of oral disease are important mainly after resolution of the problem, thus it is necessary to guarantee the supervise of diseases to establish health [18,34].

In the present study, the OHTs in cluster 1 demonstrated better results than the OHTs in cluster 2 and 3. The OHTs in cluster 1 planned their activities to a greater extent, considering both primary care information and local information. In addition, they monitored and analyzed indicators and oral health information, and received support for the planning process. In general, the OHTs used the primary care information system during the planning process, and also used the epidemiological survey, with the assessment of immediate needs and risk evaluation, to gather consistent information that is conducive to the creation of new actions. The correct use of information systems favors monitoring and evaluation, improves the coordination of care in the context of clinical practice, and results in better outcomes [35-36].

Our results showed differences in the pattern of distribution of OHTs in the Brazilian macro-regions, with the Southeastern, Northeastern and Southern regions having more OHTs grouped in Cluster 1, which showed the best results. Brazil is a developing country and has an extensive territory with high levels of socioeconomic inequality, which explains the different types of management organization within the Brazilian macro-regions. The Brazilian economy is concentrated in the Southeastern and Southern regions of the country, which have better incentives to public health. The Northeastern region have had the majority of OHTs since the implementation of the "Smiling program", and also receive high incentives from the SUS, which could explain the results of this study [37]. Martins et al. [38] also found differences between Brazilian macro-regions, in their study about the relationship between primary and secondary care in public health services in Brazil, they also observed the best results for OHTs in the South and Southeast. Using the data from the PMAQ-AB about the procedures of primary dental health care performed by OHTs, Mendes et al. [39] found the best results in the Southern and Southeastern regions, reinforcing the great social disparities between the Brazilian regions. Despite the duty of the UHS to offer actions and services, with the objective of promoting, preventing, treating and improving the health of all Brazilians, in all regions [40].

Actions to improve the quality of primary care should be followed by all OHTs, for the improvement of care.

In general, the results of this study showed good OHT performance in the second cycle of the PMAQ-AB. A limitation of this study is that pay-per-performance models may be biased. The PMAQ-AB invests in OHTs according to the results obtained by the health teams. Thus, the Brazilian municipalities participating are responsible for improving health quality, and through the results obtained, the health teams are favored financially. Pay-for-performance models should be ineffective, since encouraging well-performing teams will not change their behavior, and the cost of improving may prevent poorly performing teams from participating in the programs. However, performance pay systems should be used to drive quality improvement, and not just to reward those who already offer highly performing health services [15,41,42]. Other countries have similar pay-for-performance programs. For example, in Australia, the United Kingdom and the Netherlands, health reforms have been implemented to promote coordination of care, reform primary care payment, and improve quality and access. Payment has been a major element in primary care, contributing to the administration of chronic diseases, promoting preventive health interventions and strengthening high-quality care. Thus, in these countries, the government invests to improve these aspects of care, and municipalities are responsible for improving the health of the population [43]. The economic and human resources available can be influenced by the differences between developed and developing countries. However, the common purpose in these countries is improving health. Some developed countries, such as England, have a direct performance payment program for professionals. In a qualitative study, the majority of professionals stated that pay-for-performance has a great impact on primary care [11,15,44]. The pay-for-performance program is significant in public health. Teams need an incentive to determine the real health impacts on the population.

This study showed that the majority of OHTs have satisfactory management and organization. However, some require improvement, mainly in planning and programming actions such as developing the health of the population, as has occurred in Australia, the United Kingdom and the Netherlands. This study is important and innovative, because the data analyzed is recent and it originates from the main Brazilian evaluation program, PMAQ-AB. It is necessary to continue

evaluating the data to assess health, because it could help to improve the quality of services.

### **Acknowledgments**

This study was supported by *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*, *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)* and *Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPQ/UFMG)*.

### **References**

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377: 1778–97.
2. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta A, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *The Lancet*. 2008;372: 950-61.
3. Rivero DAT. What a primary health care is: Some considerations after almost thirty five years of Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2): 283-7.
4. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary Health Care Evaluation: the view of clientes and professionals about the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5) : 979-87.
5. Aquilante AG, Aciole GG. Building a “Smiling Brazil”? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Jan;31(1): 82-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00082.pdf>.
6. Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil—Part I: public oral health policies. *Braz Oral Res*. 2008;22(Spec Iss 1): 8-17.

7. Moysés SJ, Pucca Junior GA, Paludetto Junior M, Moura L. Progresses and challenges to the Oral Health Surveillance Policy in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(Supl 3): 161-7.
8. Bourgeois DM, Phantumvanit P, Llodra JC, Horn V, Carlile M, Eiselé JL. Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education. *International Dental Journal*. 2014;64(Suppl. 2): 1-11.
9. World Health Organization (WHO). Monitoring and evaluation of health systems strengthening. An operational framework. 2009 Nov. [cited 2017 Sep 15]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/HSS\\_MandE\\_framework\\_Nov\\_2009.pdf](http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf).
10. Canadian Dental Association. The State of Oral Health in Canada. 2017 Mar. [cited 2017 Sep 15]. Available from: [https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/\\_files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf](https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/_files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf).
11. Kandelman D, Arpin S, Baez RJ, Baehni PC, Petersen PE. Oral health care systems in developing and developed countries. *Periodontology 2000*. 2012;60: 98-109.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4): 691–729.
13. Matta-Machado ATG, Santos AFS, Abreu DMX, Jorge AO, Reis CMR, Lima AMLD, et al. Health care, quality certification and institutional support: a focus on primary health care in Brazil. *Salud Publica Mex*. 2016;58: 358-65.
14. Neves M, Giordani JMA, Ferla AA, Hugo FN. Primary Care Dentistry in Brazil from prevention to comprehensive care. *J Ambulatory Care Manage*. 2017;40(Suppl 2): S35:48.

15. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). *J Ambulatory Care Manage.* 2017;40(Supp 2): 4-11.
16. Johnson RA, Wichem DW. *Applied multivariate statistical analysis.* 6th ed. Pearson Prentice Hall: Upper Saddle River, NJ; 2007.
17. Reis CMR, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1): 667-78.
18. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology.* 1st ed. New York: Oxford University Press; 1998.
19. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery.* 2007;21(2): e20170028.
20. Contandriopoulos AP. Evaluating the institutionalization of evaluation. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(3): 705-11.
21. Braun JP, Mende H, Bause H, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, et al. Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist. *GMS German Medical Science.* 2010;8(Issn 1612-3174): 1-20.
22. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saúde Pública.* 2015;49: 98.
23. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, et al. Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(2): e00201515.

24. Tseveenjav B, Suominen AL, Varsio S, Knuuttila M, Vehkalahti MM. Do self-assessed oral health and treatment need associate with clinical findings? Results from the Finnish Nationwide Health 2000 Survey. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2014;72: 926-35.
25. American Dental Association on behalf of the Dental Quality Alliance (DQA). *Quality Measurement in Dentistry. A guidebook*. 2016 Jun. [cited 2017 Sep 10]. Available from: [http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/Files/DQA\\_2016\\_Quality\\_Measurement\\_in\\_Dentistry\\_Guidebook.pdf?la=en](http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/Files/DQA_2016_Quality_Measurement_in_Dentistry_Guidebook.pdf?la=en).
26. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Evaluation of health planning activities by family health teams. *Cad. Saúde Pública*. 2012 Mar;28(3): 537-48.
27. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of Primary Health Care: Consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine*. 2007 Jul/Aug;5(4).
28. Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC, Jaén CR. Primary Care Practice Development: A Relationship-Centered Approach. *Annals of Family Medicine*. 2010;8(1): 68-79.
29. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *International Dental Journal*. 2013;63: 237-43.
30. Carvalho AGR, Moraes APP, Tanaka LMS, Gomes RV, Silva AAM. Quality in intensive care units: proposal of an assessment instrument. *BMC Res Notes*. 2017;(10): 222.

31. Barros SG, Chaves SCL. Use of the Outpatient Information System (SIA-SUS) to assess oral health activities. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003 Jan/Mar;12(1): 41-51.
32. Arrizón AV, Andersson N, Ledogar RJ. Micro-regional planning: evidence-based community buy-in for health development in five of Mexico's poorest rural districts. *BMC Health Services Research*. 2011;11(Suppl 2): S2.
33. Oandasan IF, Conn LG, Lingard L, Karim A, Jakubovicz D, Whitehead C, et al. The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform. *Primary Health Care Research & Development*. 2009;10: 151-62.
34. Baum F, Freeman T, Jolley G, Lawless A, Bentley M, Vartto K. Health promotion in Australian multi-disciplinary primary health care services: case studies from South Australia and the Northern Territory. *Health Promotion International*. 2013 May;29(4).
35. Santos AF, Sobrinho DF, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes EAS, Lima AMLD, et al. Incorporation of information and communication technologies and quality of primary healthcare in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 Jun 5;33(5): e00172815. doi: 10.1590/0102-311X00172815. Available from :[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000505003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505003&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
36. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(Suppl): S81-9.
37. Griesse MA. The geographic, political, and economic context for corporate social responsibility in Brazil. *Journal of Business Ethics*. 2007;73: 21-37.
38. Martins RC, Reis CMR, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health

Services in Brazil. Plos One. 2016 Oct 18. pii: e0164986. doi: 10.1371/journal.pone.0164986. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164986>.

39. Mendes SR, Martins RC, Matta-Machado ATG, Mattos GCM, Gallagher JE, Abreu MHNG. Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14: 1480.

40. Cavalcanti YW, Almeida LFD, Barbosa AS, Padilha WWN. Planning oral health and clinical discharge in Primary Care: the comprehensive dental care protocol outcome. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2015 Mar;16(3): 172-7.

41. Campbell SM, Scott A, Parker RM, Naccarella L, Furler JS, Young D, et al. Implementing pay-for-performance in Australian primary care: lessons from the United Kingdom and the United States. *Med J Aust*. 2010 Oct;193(7): 408-11.

42. Reis CMR, Mambrini JVM, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. *Journal of Public Health Dentistry*. 2017 Mar;14: 1-8.

43. Willcox S, Lewis G, Burgers J. Strengthening Primary Care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. *The Commonwealth Fund*. 2011 Nov;27: 1-19.

44. Lester H, Matharu T, Mohammed MA, Lester D, Foskett-Tharby R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *British Journal of General Practice*. 2013 Jun;63(611): e408-15. doi: 10.3399/bjgp13X668203. Available from: <http://bjgp.org/content/63/611/e408.long>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que a organização e o planejamento das ações em saúde bucal das ESB apresentam bom desempenho. A maioria das equipes monitora e analisa indicadores para programar as ações. A maioria realiza o processo de autoavaliação. Apesar de somente 51,0% das equipes apresentarem comprovante que realizam atividades de planejamento das ações mensalmente, a maior parte das ESB relataram programar suas atividades baseadas nas metas do município, nas informações do sistema de saúde, nas informações locais, nas questões relacionadas aos fatores biológicos individuais e coletivos e nas vulnerabilidades sociais. A maioria das equipes relatou realizar o processo de autoavaliação como base para organizarem suas ações. A maior parte das ESB afirmou receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde para ajudar no planejamento e organização do processo de trabalho. Quase todas as ESB relataram realizar atividades educacionais e garantem atendimento de retorno aos pacientes em tratamento.

A análise de *cluster* permitiu o agrupamento de três grupos de ESB. As ESB agrupadas no primeiro e segundo grupo apresentaram melhores resultados quanto ao processo de organização da gestão do que aquelas ESB agrupadas no terceiro grupo. De acordo com as macrorregiões brasileiras, os grupos (Grupo 1 e 2) formados pelas equipes que apresentaram melhores desempenho, encontram-se nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul do Brasil. Isso comprova que o país apresenta desigualdades entre as macrorregiões em relação à organização e planejamento dos serviços de saúde bucal. O Brasil possui um extenso território com altos níveis de desigualdade socioeconômica. A economia do país está concentrada nas regiões Sudeste, Sul e no litoral brasileiro, desta forma, essas regiões possuem melhores incentivos para a saúde pública. Entretanto os investimentos à saúde não acontecem conforme a demanda populacional, e as regiões Norte e Centro-Oeste do país são as mais prejudicadas. Outro fato que explica essa desigualdade é a lei do cuidado inverso: onde a disponibilidade de cuidados em saúde tende a variar inversamente com a necessidade da população (HART, 1971), o que condiz com algumas políticas públicas implantadas de forma desigual no Brasil, como a

fluoretação da água, que avançou mais nas regiões Sudeste e Sul, e ocorreu de forma insuficiente nas regiões Norte e Nordeste (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015). Isto foi comprovado pelo último levantamento epidemiológico em saúde bucal (SB-Brasil 2010), que apresentou redução na prevalência de cárie dentária em todo território nacional, entretanto as regiões Norte e Nordeste ainda apresentaram altas taxas. É importante ressaltar, também, que desde a implantação da atual política de Saúde Bucal a região Nordeste recebeu a maior concentração de investimentos o que justifica os recentes avanços nesta região.

Existem ESB que necessitam aprimorar o processo de trabalho no intuito de oferecer uma melhor qualidade dos serviços ofertados. Planejar, monitorar e avaliar ações são atividades importantes dentro dos serviços de saúde públicos ajudam a garantir o acesso, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Esse estudo mostrou que as atividades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, ainda não fazem parte do processo de trabalho de todas as equipes no Brasil. Outro ponto relevante apresentado neste estudo foi a integralidade das ações dentro das unidades básicas de saúde. Muitas ESB trabalham sozinhas, sem a parceria das ESF, o que pode prejudicar a qualidade do atendimento. É fundamental que ocorra a parceria dos profissionais no intuito de oferecer bons serviços, tratando o indivíduo como um todo dentro da sua comunidade. A saúde bucal foi introduzida ao ESF para oferecer ao paciente um serviço completo e ampliado de acordo com as necessidades epidemiológicas apresentadas na comunidade.

Estudos avaliando dados de pesquisas realizadas ao longo do território nacional são importantes uma vez que os resultados podem ser ampliados para toda a população. Esse estudo possibilitou uma análise crítica dos resultados do PMAQ-AB, sendo relevante para a compreensão de como estão os processos de trabalho das ESB. Outros estudos, como esse devem ser realizados no intuito de comparar os dados dentro dos diversos ciclos do PMAQ-AB. Entretanto, o PMAQ-AB sendo um programa de pagamento por performance pode fornecer uma limitação ao estudo, uma vez que esses programas são tendenciosos, favorecendo a melhoria das equipes que já apresentam bom desempenho. Os questionários respondidos podem oferecer um viés, dessa forma questões importantes no PMAQ-AB devem sempre solicitar um documento como comprovante. Estudos mistos

abordando uma análise qualitativa com os entrevistados podem ajudar a diminuir o fator limitante desse estudo.

## REFERÊNCIAS

AIRES, Luana Cláudia dos Passos *et al.* Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, e20170028, Feb. 2017.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION ON BEHALF OF THE DENTAL QUALITY ALLIANCE (DQA). **Quality Measurement in Dentistry: A guidebook**. Chicago. June 2016. Disponível em: <[http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/Files/DQA\\_2016\\_Quality\\_Measurement\\_in\\_Dentistry\\_Guidebook.pdf?la=en](http://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/Files/DQA_2016_Quality_Measurement_in_Dentistry_Guidebook.pdf?la=en)>. Acesso em: 10 set. 2017.

AQUILANTE, Aline Guerra; ACIOLE, Geovani Gurgel Aciole. Building a “Smiling Brazil”? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 82-96, Jan. 2015.

ARRIZÓN, Ascencio Villegas; ANDERSSON, Neil; LEDOGAR, Robert. Micro-regional planning: evidence-based community buy-in for health development in five of Mexico’s poorest rural districts. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n.2, 2011.

BARROS, Sandra Garrido; CHAVES, Sônia Cristina Lima. Use of the Outpatient Information System (SIA-SUS) to assess oral health activities. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.1, p. 41-51, Jan/Mar. 2003.

BAUM, Fran *et al.* Health promotion in Australian multi-disciplinary primary health care services: case studies from South Australia and the Northern Territory. **Health Promotion International**, London, v. 29, n. 4, May. 2013.

BOURGEOIS, Denis M *et al.* Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care : an international collaborative study in oral health education. **International Dental Journal**, Medford, v. 64, p. 1–11, 2014.

BRASIL. **Constituição Federal ( Artigos 196 a 200 )**. Brasília, 1988. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N.º 692 Em 25 De Março De 1994**. Brasília, 1994. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog\\_pacs\\_psf/](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/)>. Acesso em 11 jul. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1444/GM Em 28 De Dezembro De 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPDO**. Brasília, 2004a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota\\_tecnica\\_LRPD.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_LRPD.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº - 1.654, de 19 de Julho de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)>. Acesso em: 05 out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa par as equipes de saúde bucal**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)> Acesso em: 05 out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Versão Preliminar Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Saúde Bucal Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília, 2015.

Disponível em: <  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_Metodologica\\_certificacao\\_eab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_Metodologica_certificacao_eab.pdf)> Acesso em: 05 out. 2016.

BRAUN, Jan-Peter *et al.* Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist. **GMS German Medical Science**, Düsseldorf, v. 8, n. 1612-3174, p.1-20, 2010.

CANADIAN DENTAL ASSOCIATION. **The State of Oral Health in Canada**. Ottawa, 2017. [cited 2017 Sep 15]. Disponível em: <[https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/\\_files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf](https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/_files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2017.

CAVALCANTI, Yuri W, *et al.* Planning oral health and clinical discharge in Primary Care: the comprehensive dental care protocol outcome. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, New Delhi, v. 16, n. 3, p. 172-7, Mar. 2015.

CAMPBELL, Stephen M *et al.* Implementing pay-for-performance in Australian primary care: lessons from the United Kingdom and the United States. **Med J Aust**, Sydney, v. 193, n. 7, p.408-11, Oct. 2010.

CARVALHO, Alexandre Guilherme Ribeiro de Carvalho *et al.* Quality in intensive care units: proposal of an assessment instrument. **BMC Research Notes**, London, v.10, n. 222, 2017.

CHAVES, Lenir Aparecida *et al.* Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* Evaluating the institutionalization of evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly a multidisciplinary journal of population health and health policy**, v. 83, n. 4, 2005.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University press, 2003. p. 200.

FREIRE, Maria do Carmo Matias *et al.* Motivation Towards Career Choice of Brazilian Freshman Students in a Fifteen-Year Period. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 75, n. 1, Jan. 2011.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de *et al.* Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, 2012.

GRIESSE, Margaret Ann. The geographic, political, and economic context for corporate social responsibility in Brazil. **Journal of Business Ethics**, Virginia, v.73, p. 21-27, 2007.

HAGGERTY, Jeannie *et al.* Operational definitions of attributes of Primary Health Care: Consensus among Canadian experts. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v. 5, n. 4, July/Aug. 2007.

HART, Julian Tudor. The inverse care law. **The Lancet**, London, v. 1, n. 7696, p. 405-12, Feb. 1971. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-inverse-care-law/>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

JOHNSON, Richard A.; WICHERN, Dean W. **Applied multivariate statistical analysis**. 6. ed. NJ: Pearson Prentice Hall: Upper Saddle River, 2007.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; PANNUTI, Cláudio Mendes; RODE, Sigmar De Mello. Oral Health in Brazil – Part I : Public Oral Health Policies. **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 8–17, 2008.

KANDELMAN, Daniel *et al.* Oral health care systems in developing and developed countries. **Periodontology 2000**, Manila, v. 60, p. 98-109, 2012.

LESTER, Helen *et al.* Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. **British Journal of General Practice**, London, v. 63, n. 611, p.e408-15, June 2013.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality ( PMAQ ) System in Primary Care. **Journal Ambulatory Care Manage**, Iowa City, v. 40, n. 2, p. 4–11, 2017.

MACHADO, Flavia Christiane de Azevedo; SILVA, Janmille Valdevino; FERREIRA,

Maria Ângela Fernandes. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MARTINS, Renata Castro *et al.* Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil. **Plos One**, Cambridge, v. 18, Oct. 2016.

MATTA-MACHADO, Antônio Thomaz Gonzaga Da *et al.* Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 58, n. 3, p. 358–365, mayo/jun. 2016.

MENDES, Suellen R *et al.* Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Jackson, v. 14, n. 1480, Dec. 2017.

MILLER, William L *et al.* Primary Care Practice Development: A Relationship-Centered Approach. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v. 8, n. 1, p. 68-79, 2010.

MOYSÉS, Samuel Jorge *et al.* The oral health surveillance policy in Brazil: Progresses and challenges. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 47, n. SUPPL.3, p. 161–167, 2013.

NASCIMENTO, Antonio C *et al.* Oral health in the context of primary care in Brazil. **International Dental Journal**, Medford, v. 63, p. 237-43, 2013.

NEVES, Matheus *et al.* Primary Care Dentistry in Brazil From Prevention to Comprehensive Care. **Journal Ambulatory Care Manage**, Iowa City, v. 40, n. 2, p. 35–48, Apr./June 2017.

OANDASAN, Ivy F *et al.* The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform. **Primary Health Care Research & Development**, Cambridge, v. 10, p. 151-62, Mar. 2009.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, May. 2011.

PEDRAZZI, Vinícius; DIAS, Katia Regina Hostilio; RODE, Sigmar de Mello. Oral

health in Brazil--part II: dental specialty centers (CEOs). **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 22 Suppl 1, p. 18–23, Jul. 2008.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo *et al.* Oral health policies in Brazil. **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 23, n. supl.1, p. 9–16, Apr. 2009.

REIS, Clarice Magalhães Rodrigues dos *et al.* Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Jackson, v. 12, n. 1, p. 667-78, Jan. 2015.

REIS, Clarice Magalhães Rodrigues dos *et al.* Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. **Journal of Public Health Dentistry**, Springfield, v. 14, p.1-8, 2017.

RIVERO, David A Tejada de. What a primary health care is: Some considerations after almost thirty five years of Alma-Ata. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, Lima, v. 30, n.2, p. 283-287, 2013.

ROHDE, Jon *et al.* 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **The Lancet**, London, v. 372, p. 950-61, 2008.

SAGE, Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <  
<http://sage.saude.gov.br/>> Acesso em: 10 Jul. 2018.

SANTOS, Alaneir de Fátima *et al.* Incorporation of information and communication technologies and quality of primary healthcare in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 33, 2017.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Evaluation of health planning activities by family health teams. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p.537-48, 2012.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. **Journal of school of Nursing university of São Paulo**, São Paulo, v. 52, 2018.

SILVA, Simone Albino da; Baitelo, Tamara Cristina; Fracolli, Lislaine Aparecida. Primary Health Care Evaluation: the view of clientes and professionals about the Family Health Strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-87, 2015.

STARFIELD, Barbara. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869–83, 2014.

TSEVEENJAV, Battsetseg *et al.* Do self-assessed oral health and treatment need associate with clinical findings? Results from the Finnish Nationwide Health 2000 Survey. **Acta Odontologica Scandinavica**, Denmark, v. 72, p.926-35, 2014.

VICINI, Lorena. **Análise Multivariada Da Teoria À Prática**. 2005. 215f. Monografia (Conclusão do curso) - Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Estatística, Santa Maria.

WILLCOX, Sharon; LEWIS, Geraint; BURGERS, Jako. Strengthening Primary Care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. **The Commonwealth Fund**, v. 27, p.1-19, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monitoring and evaluation of health systems strengthening. An operational framework**. WHO, 2009. Disponível em:< [http://www.who.int/healthinfo/HSS\\_MandE\\_framework\\_Nov\\_2009.pdf](http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.

## ANEXO A - Comprovante do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**Versão:** 2

**Instituição:**  
Universidade Federal de Minas Gerais  
(UFMG)

**CAAE:** 02396512.8.0000.5149

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 28804

**Data da Relatoria:** 30/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

No Brasil, frente à importância do tema qualidade em saúde, no ano de 2011, o Ministério da Saúde propõe mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde e por meio das equipes de Saúde da Família. Neste contexto, inscreve-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB PMAQ-AB, cujo objetivo é apoiar tecnicamente e induzir economicamente a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade comparável e passível de acompanhamento público. Assim, essa pesquisa se insere na terceira fase do PMAQ-AB, que consiste na avaliação externa das equipes de saúde e gestão da atenção básica, em que se realizará um conjunto de ações para averiguar o acesso da população aos serviços de saúde e a qualidade das equipes da Atenção Básica, que aderiram ao Programa. Além disso, serão verificadas as condições de infraestrutura de todas as unidades básicas de saúde dos estados do Acre, Roraima e mesorregiões de Minas Gerais e São Paulo.

Uma avaliação inicial dos problemas que apresentam a atenção primária no Brasil, como a precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada; ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre; inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho; necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade; instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe; inexistência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade; sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações; e pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) são os pressupostos que orientaram a referida pesquisa.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

. Realizar a avaliação externa das equipes de atenção básica no âmbito do PMAQ-AB, de acordo com a Portaria 1.654/19/07/2011;. Realizar um censo para avaliar as condições de infraestrutura de todas as UBS em funcionamento na totalidade dos municípios brasileiros. Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

##### Objetivo Secundário:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas

de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Na medida em que os sujeitos da pesquisa participam dando informações de natureza opinativa e não pessoal, sobre as condições de funcionamento da atenção básica, não existe risco previsível nem qualquer constrangimento de ordem pessoal para os participantes. Ainda assim, os participantes responderão às questões, apenas se o desejarem, podendo desistir de participar do estudo em qualquer momento. Ademais, no relatório técnico da pesquisa, os entrevistados não serão identificados nominalmente.

**Benefícios:**

Esta pesquisa, ao propor avaliar o desempenho da ABS representa uma iniciativa relevante para o Sistema Único de Saúde-SUS e para a população brasileira. Construir um sistema de monitoramento que contemple mecanismo de premiação ao melhor desempenho e apoio técnico-científico sistêmicos pode estimular a melhoria nas Unidades Básicas de Saúde-UBS/Saúde da Família-SF e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde nos territórios dos serviços de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Para este projeto, optou-se pelo delineamento transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa, com aplicação de questionário aos seguintes atores: responsável / coordenador da unidade de saúde; amostra de usuários presentes na unidade de saúde que atendam ao perfil de mães ou responsáveis por crianças menores de sete anos residentes e idosos com 65 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde. No que diz respeito ao processo de avaliação externa vinculado ao PMAQ, todas as Unidades de Saúde onde atuam as equipes indicadas pela gestão municipal para o processo de avaliação serão incluídas no estudo. Essas unidades foram identificadas pelo gestor municipal por ocasião da adesão ao PMAQ-AB. As equipes de saúde e gestão da atenção serão certificadas quanto ao seu desempenho, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados pelas instituições de ensino responsáveis pela realização da pesquisa. Também se realizará uma avaliação, cuja finalidade é apoiar a gestão local onde se contemplará avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica, avaliação da satisfação do usuário e estudo de base populacional sobre aspectos de acesso, utilização e qualidade da atenção básica em Saúde. Quanto ao censo das condições de infraestrutura das UBS, todas as unidades dos estados do Acre, Rondônia e mesorregiões de Minas Gerais e de São Paulo deverão ser avaliadas em sua totalidade, tanto aquelas localizadas na zona urbana quanto na zona rural. (Anexo 1)

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE claro, em forma de convite, garante anonimato e não participação sem prejuízo.  
Apresenta instrumento de coleta de dados.  
Esclarece no TCLE fonte de financiamento.

**Recomendações:**

Projeto aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diligências atendidas

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado conforme parecer.

## ANEXO B – Normas para submissão do Artigo 1, referentes à revista *Plos One*.



### TITLE, AUTHOR, AFFILIATIONS FORMATTING GUIDELINES

1

2

3

4 This is the article title

5

6

7 John Doe<sup>1¶</sup>, Antonie Data<sup>¶</sup>, Johannes van Stats<sup>1,¶a</sup>, Marie Testperson<sup>2\*</sup>, David

8 Ribosome Jr.<sup>3,5</sup>, Gregory H.T. McBio<sup>4,¶b</sup>, Angela Reviewerson<sup>1,2&</sup>, Marina

9 Measure<sup>1&</sup>, on behalf of The Bunny Genome Sequencing Consortium<sup>^</sup>

10

11

12

13 <sup>1</sup> Department, Institution, City, State, Country

14 <sup>2</sup> Department of Dermatology, Division of Rabbit Health, Section of Veterinary

15 Medicine, St. Hare Hospital, San Francisco, California, United States of America

16

17 <sup>3</sup> Department of Libraries and Archives, National Contemporary Bunny Museum,

18 Lagomorph, Connecticut, United States of America

19

20 <sup>4</sup> Department of Restoration, National Contemporary Bunny Museum, Lagomorph,

21 Connecticut, United States of America

22

23 <sup>5</sup> Department of Archaeology, Bunny University, Lagomorph, Connecticut, United

24 States of America

25

26 <sup>#a</sup>Current Address: Department of Carrot Science, Bunny University, Lagomorph,

27 Connecticut, United States of America

28

29 <sup>#b</sup>Current Address: Department of Canine Evasion, Bunny University, Lagomorph,

30 Connecticut, United States of America

31

32

33 \* Corresponding author

34 E-mail: testperson@university.ed (MT)

35

36

37 <sup>¶</sup>These authors contributed equally to this work.

38 <sup>&</sup>These authors also contributed equally to this work.

39

40

41 <sup>^</sup>Membership of the Bunny Genome Sequencing Consortium is provided in the

42 Acknowledgments.

Symbol Legend		
Symbol	Name	Definition
¶	Pilcrow (paragraph symbol)	1st set of equal contributors
&	Ampersand	2nd set of equal contributors
*	Asterisk	Corresponding author(s)
#a	Pound/number sign	First Current address
#b	Pound/number sign	Second Current address
†	Dagger/Cross	Deceased
^	Caret	Consortium/Group Authorship

#### Article Title

- Italics, bold type, symbols, and other text formatting will all be reproduced in the published article as submitted.
- Titles should be written in sentence case (capitalize only the first word of the title, the first word of the subtitle, and any proper nouns and genus names).

#### Author Byline

- Author names will be published exactly as they appear in the accepted manuscript.
- Indicate affiliations by number only.
- Affiliation footnotes should appear in numerical order at first mention.
- Please use the symbols provided in this document for other designations.
- Numbers and symbols should be in superscript.
- Do not include titles (Dr., PhD, Professor, etc.).

#### Affiliations

- Affiliations will be published as they appear in the accepted manuscript.
- Include each component in order of small to large (Department, Division, Section, Institution, City, State, Country).
- Do not include ZIP or Postal Codes, street addresses, or building/office numbers.
- Do not use abbreviations (e.g. Dept.).
- Do not list positions within an institution (e.g. Department Chair, Professor, etc.).
- List each affiliation individually and in full.

#### Corresponding Authorship

- Do not include physical addresses; only email addresses are required.
- List corresponding author's initials in parentheses after the email address.

#### Contributorship

- Use the symbols provided here to indicate equal contributions.
- If you would like the equal contributions notes to read differently, please specify in your manuscript (e.g., "AR and MM are Joint Senior Authors").

#### Consortia or other Group Authors

- If there is a consortium or group author on your manuscript, please provide a note that describes where the full membership list is available for the readers.
- The membership list can be listed in the Acknowledgments, in Supporting Information, or on the internet.
- Consortia/Group authors can have affiliations, but it is not required.

## 1 **Abstract** ←

2 Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.  
 3 Vestibulum adipiscing urna ut lectus gravida, vitae blandit tortor  
 4 interdum. Donec tincidunt porta sem nec hendrerit. Vestibulum nec  
 5 pharetra quam, vitae convallis nunc. Mauris in mattis sapien. Fusce  
 6 sodales vulputate auctor. Nam lacus felis, fermentum sit amet nulla  
 7 ac, tristique ultrices tellus. Integer rutrum aliquet sapien, eu  
 8 fermentum magna pellentesque vitae. Integer semper viverra mauris  
 9 vel pulvinar. Suspendisse sagittis malesuada urna. Praesent mauris  
 10 diam, fringilla id fringilla ac, posuere non lorem. Vestibulum mauris  
 11 ante, fringilla quis tortor sit amet, accumsan fermentum quam. Nulla  
 12 dictum consectetur leo. Ut vulputate ipsum purus, a interdum nibh  
 13 viverra et. Praesent aliquam sapien vel massa sodales bibendum.  
 14 Nulla interdum accumsan lectus, sed auctor elit accumsan a.  
 15 Suspendisse quis rhoncus nibh. The verum est de illic.

16

## 17 **Introduction** ←

18 Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.  
 19 Vestibulum adipiscing urna ut lectus gravida, vitae blandit tortor  
 20 interdum. Donec tincidunt porta sem nec hendrerit. Vestibulum nec  
 21 pharetra quam, vitae convallis nunc.

## 22 **Materials and methods**

23 Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.  
 24 Vestibulum adipiscing urna ut lectus gravida, vitae (Fig 1) ←  
 25 interdum. Donec tincidunt porta sem nec hendrerit. Vestibulum nec  
 26 pharetra quam, vitae convallis nunc. Mauris in mattis sapien. Fusce  
 27 sodales vulputate auctor. Nam sit amet nulla lacus a, (Figs 1 and 2) ←  
 28 ultrices tellus. Integer rutrum aliquet sapien, eu fermentum magna  
 29 pellentesque vitae.

30

31 **Fig 1. This is the Fig 1 Title.** This is the Fig 1 legend.

32 **Fig 2. This is the Fig 2 Title.** This is the Fig 2 legend.

33

### 34 **File Naming for Figures**

- Figure files should be saved as "Fig1.tif", "Fig2.eps", etc.
- Acceptable file formats for figures are ".tif", ".tiff", and ".eps"
- Figures should be uploaded separately as individual files.
- PLOS ONE guidelines for figures can be found here: <http://journals.plos.org/plosone/s/figures>

1

### **Level 1 Heading**

- Use Level 1 heading for all major sections (Abstract, Introduction, Materials and methods, Results, Discussion, etc.).
- Bold type, 18pt font.
- Only use italics and text formatting where needed (e.g. genus and species names, genes, etc.).
- Headings should be written in sentence case (capitalize only the first word of the heading, the first word of the subheading, and any proper nouns and genus names).

**NOTE:** Do not cite figures, tables, supporting information, or references in the Abstract.

### **Figure Citations**

- Cite figures as "Fig 1", "Fig 2", etc.
- Cite figures and tables in order.
- Do not cite "Fig 2" before "Fig 1".
- Cite multiple figures as "Figs 1 and 2", "Figs 1-3", etc.

### **Figure Captions**

- Each figure caption should appear directly after the paragraph in which they are first cited.
- Do not include tables within captions.
- Use bold type for the figure titles.

## ANEXO C – Comprovante de Submissão do Artigo 1 à revista *Plos One*.

6/1/2018

Gmail - PLOS ONE: Notification of co-authorship on manuscript - [EMID:2c425051255e32b5]



Tatiana Santos &lt;tatianabhbr@gmail.com&gt;

---

### **PLOS ONE: Notification of co-authorship on manuscript - [EMID:2c425051255e32b5]**

1 mensagem

---

**PLOS ONE** <em@editorialmanager.com>  
Responder a: PLOS ONE <plosone@plos.org>  
Para: Tatiana Pereira Santos <tatianabhbr@gmail.com>

7 de maio de 2018 16:44

PONE-D-18-13718  
What we know about management and organization of primary dental care in Brazil  
Dr Renata Castro Martins

Dear Tatiana Santos,

You are receiving this email because you have been listed as an author on a manuscript recently submitted to PLOS ONE and entitled "What we know about management and organization of primary dental care in Brazil".

The corresponding author for the submission process is: Dr Renata Castro Martins  
The full author list for the submission is: Tatiana Pereira Santos; Antônio Thomaz Gonzaga Matta Machado; Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu; Renata Castro Martins, Ph.D

If you would like to add an ORCID iD, please click the link below to confirm co-authorship and link your ORCID iD.  
[Yes, I am affiliated.](#)

If you are not aware of this submission, or if you should not be listed as a co-author, then please contact the journal office at [plosone@plos.org](mailto:plosone@plos.org). For more information on PLOS ONE's authorship requirements, please visit: <http://journals.plos.org/plosone/s/authorship>.

Kind regards,  
PLOS ONE  
<https://www.editorialmanager.com/pone>