

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Amanda Lívia Lopes

**FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO DA GESTANTE À CONSULTA
ODONTOLÓGICA**

Belo Horizonte
2021

Amanda Livia Lopes

FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO DA GESTANTE À CONSULTA ODONTOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia - Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública.

Orientador (a): Prof. (a) Mara Vasconcelos

Coorientador (a): Prof. João Henrique Lara do Amaral

Colaborador (a): Prof. (a) Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte
2021

Ficha Catalográfica

L864f Lopes, Amanda Livia.
2021 Fatores associados ao acesso da gestante à consulta
T odontológica / Amanda Livia Lopes. -- 2021.

84 f. : il.

Orientadora: Mara Vasconcelos.
Coorientador: João Henrique Lara do Amaral.

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

1. Gestantes. 2. Saúde bucal. 3. Atenção primária à saúde. 4. Avaliação em saúde. I. Vasconcelos, Mara. II. Amaral, João Henrique Lara do. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

FATORES ASSOCIADOS AO REGISTRO DA CONSULTA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA

AMANDA LÍVIA LOPES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública /MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 29 de outubro de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Mara Vasconcelos – Orientadora
FO-UFMG

Prof(o). João Henrique Lara do Amaral – Co-orientador
FO-UFMG

Prof(a). Rafaela da Silveira Pinto
FO-UFMG

Prof(a). Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis
UNIBH e CMMG

Belo Horizonte, 29 de outubro de 2021.

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em 08 / 11 /2021.

Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Subcoordenador Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, que me abençoou e iluminou nos dias mais difíceis. Em tempos de COVID, sou grata por estar feliz e saudável junto a minha família.

À minha família que me incentivou e apoiou em busca de novos desafios. Me deram força e compreenderam quando abdiquei de comemorações e momentos felizes em busca de um sonho.

Ao meu namorado, Heitor, que por diversas vezes foi ombro amigo para desabafo. Que me auxiliou nesta pesquisa, quando precisei, com seus conhecimentos em informática.

Aos meus orientadores, Mara e João, que foram suporte essencial para o meu crescimento nessa caminhada, me encorajaram e inspiraram. Precisamos, sempre, de CORAGEM para enfrentar os desafios.

Às minhas colaboradoras, Lívia e Raquel, que sempre estiveram presentes, contribuindo para que não nos perdêssemos diante de tantas possibilidades nos direcionando com conhecimento técnico para atingirmos nosso objetivo.

À minha colaboradora da iniciação científica, Maria Augusta, que me deu suporte na busca bibliográfica nos momentos em que o tempo era escasso. Aos meus colegas de trabalho da Coordenação Técnica de Saúde Bucal de Belo Horizonte, em especial à Camila, que acreditou no meu potencial e me deu a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no Mestrado.

Aos professores do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da UFMG. Sou grata por, mais uma vez, ter a oportunidade de aprender e crescer com vocês.

E, por fim, aos meus colegas de turma, que compartilharam muitos momentos de aprendizado e contribuíram para o meu crescimento através das experiências vividas.

“...as botas apertadas são uma das maiores venturas da terra, porque, fazendo doer os pés, dão azo ao prazer de as descalçar.”

Machado de Assis

RESUMO

A avaliação do serviço tem como objetivo formar opinião crítica, facilitar o desenvolvimento e contribuir para o conhecimento nas áreas ou serviços que estão sendo avaliados. Para monitorar o acesso da população e a qualidade dos serviços de saúde prestados na atenção primária, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB). Nesse contexto, o objetivo foi analisar o acesso da gestante à consulta odontológica no SUS, em território nacional, considerando organização do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica e das Equipes de Saúde Bucal. Trata-se de um estudo longitudinal, de abrangência nacional, realizado com dados secundários, disponíveis publicamente no *website* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, referentes aos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, em 2013 e 2017. A população de referência compreendeu todas as Equipes de profissionais da Atenção Primária à Saúde lotados nas unidades de saúde em todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, que participaram dos dois ciclos de avaliação e responderam ao Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica (eAB) e ao Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal (eSB), durante a aplicação do instrumento de Avaliação Externa. Os bancos de dados foram vinculados sequencialmente utilizando a variável comum INE. Teste de McNemar e regressão logística multinível foram empregados para analisar a variação positiva (prática foi incorporada no ciclo 3) ou negativa (prática foi abandonada no ciclo 3) do registro da consulta odontológica entre os ciclos e a associação entre as variáveis de processo de trabalho das eAB e eSB com esta variação. O percentual de registro da consulta odontológica da gestante pelas eAB foi de 64,82% (n=19303) e 82,33% (n=30750) nos ciclos 2 e 3, respectivamente. Com relação ao processo de trabalho das eSB, as maiores diferenças foram observadas para registro em prontuário eletrônico, realização de autoavaliação e planejamento das ações. A variação negativa foi maior do que a positiva para continuidade do tratamento e a resolução de casos complexos. Houve variação positiva para 9 das 11 variáveis de processo de trabalho das eAB, destacando as maiores diferenças entre variação positiva e negativa com relação a organização da agenda em relação ao risco, o apoio institucional, a autoavaliação, a posse de mapa do território de abrangência e o apoio para a resolução de casos complexos. Não houve variação significativa no planejamento das ações pelas eAB entre os dois ciclos. Embora 1,85% das equipes tenham deixado de usar a caderneta da gestante, essa variação não foi significativa. Observou-se que o processo de trabalho mais favorável da eAB e da eSB foi significativamente associado com a maior realização da consulta odontológica da gestante, explicando parte da variação entre os ciclos. O processo de trabalho das equipes de saúde bucal e equipes de atenção básica favoreceram a consulta odontológica da gestante.

Palavras-chave: gestantes; saúde bucal; atenção primária a saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

Factors associated with registration of dental consultation in primary care

Service evaluation aims to form a critical opinion, facilitate development and contribute to knowledge in the areas or services being evaluated. To monitor the population's access and the quality of health services provided in primary care, the Access and Quality Improvement Program (PMAQ-AB) was created. In this context, the objective was to analyze the pregnant woman's access to dental appointments at SUS, in the national territory, considering the organization of the work process of Primary Care Teams and Oral Health Teams. This is a longitudinal study, nationwide, carried out with secondary data, publicly available on the website of the Secretariat of Primary Health Care of the Ministry of Health, referring to cycles 2 and 3 of the PMAQ-AB, in 2013 and 2017. The reference population comprised all the Teams of Primary Health Care professionals located in health units in all 26 Brazilian states and the Federal District, who participated in the two evaluation cycles and responded to Module II - Interview with the professional of the Health Care Team. Primary Care (eAB) and Module VI - Interview with a Professional from the Oral Health Team (eSB), during the application of the External Assessment instrument. Databases were linked sequentially using the common variable INE. McNemar test and multilevel logistic regression were used to analyze the positive (practice was incorporated in cycle 3) or negative (practice was abandoned in cycle 3) variation of the dental appointment record between cycles and the association between work process variables of the eAB and eSB with this variation. The percentage of records of the pregnant woman's dental appointment by the eAB was 64.82% (n=19303) and 82.33% (n=30750) in cycles 2 and 3, respectively. Regarding the eSB's work process, the greatest differences were observed for recording in electronic medical records, carrying out self-assessment and planning actions. The negative variation was greater than the positive for continuity of treatment and resolution of complex cases. There was a positive variation for 9 of the 11 work process variables of the eAB, highlighting the biggest differences between positive and negative variation regarding the organization of the agenda in relation to risk, institutional support, self-assessment, possession of a map of the territory covered and support for the resolution of complex cases. There was no significant variation in the planning of actions by eAB between the two cycles. Although 1.85% of the teams stopped using the pregnant woman's booklet, this variation was not significant. It was observed that the more favorable work process of the eAB and the eSB was significantly associated with a higher number of dental appointments by the pregnant woman, explaining part of the variation between cycles. The work process of the oral health teams and primary care teams favored the pregnant woman's dental appointment.

Keywords: pregnant woman; oral health; primary health care; health evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Etapas de realização do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	24
Quadro 2 – Organização dos módulos do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB.....	27
Quadro 3 – Variáveis referentes ao processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, códigos da variável no banco de dados público, opções de respostas originais e a recategorização realizada para correspondência das opções de respostas entre os ciclos.....	29
Quadro 4 – Variáveis referentes ao processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, códigos da variável no banco de dados público, opções de respostas originais e a recategorização realizada para correspondência das opções de respostas entre os ciclos.....	31
Figura 1 – Ações da PNAB e PNSB relacionadas ao cuidado da gestante na atenção primária.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
dTpa	Tríplice bacteriana
EP	Educação Permanente
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
IEP	Instituições de Ensino Superior e/ou Pesquisa
INE	Identificador Nacional de Equipe
MPV	Mudança Proporcional na Variância
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Prontuário Eletrônico
PMAQ-AB	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SBIM	Sociedade Brasileira de Imunização
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
STATA	Statistic Data Analysis
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Atenção a gestante na Atenção Primária à Saúde.....	15
3.2	Saúde bucal da gestante na Atenção Primária à Saúde.....	19
3.3	Avaliação de serviços de saúde.....	21
4	METODOLOGIA	25
4.1	Variáveis analisadas.....	27
4.2	Análise estatística.....	37
4.3	Aspectos éticos.....	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Artigo.....	39
5.2	Produto técnico.....	60
5.3	Outras produções.....	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	71
	ANEXOS	79

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas à saúde da gestante estão presentes no Brasil desde a década de 70. Estas políticas buscam contribuir para uma gestação mais saudável e a redução da mortalidade materno-infantil. Para isto, o enfoque vai além do processo reprodutivo feminino, abordando temas abrangentes como o planejamento familiar, sexualidade e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção para a assistência obstétrica e neonatal (JORGE *et al.*, 2015; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A atenção pré-natal é um conjunto de ações que promovem saúde, previnem complicações, diagnosticam e curam doenças que possam vir a ocorrer durante e após a gestação. Seu objetivo é assegurar o desenvolvimento saudável tanto para a mãe quanto para o seu filho durante esse período (BRASIL, 2013; WHO, 2016).

Durante a gravidez ocorrem alterações hormonais que favorecem alterações na saúde bucal da gestante como por exemplo, o sangramento gengival. Além disso, o aumento da ingestão de carboidratos (açúcares) pode facilitar o acúmulo de biofilme somando-se a dificuldade da higienização correta pela gestante devido aos enjoos matinais, fatores podem ocasionar o aparecimento de gengivite ou lesões cariosas (SILVA, 2006; SUÁREZ; GUSMAN; ZARATE, 2002).

Neste contexto, a atenção à saúde bucal da gestante surgiu como prioridade, em 1986, durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Entretanto, apenas em 2004, após a criação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a gestante consolidou-se como grupo prioritário na garantia de ações voltadas ao pré-natal, inclusive o atendimento odontológico na Atenção Primária (BRASIL, 1986; BRASIL, 2004a). Uma avaliação odontológica a cada trimestre da gestação é recomendada (BRASIL, 2013).

No Brasil, a Atenção Primária é a porta de entrada preferencial para as gestantes no sistema de saúde, representada pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013). A identificação e a captação precoce da gestante pelos profissionais da Atenção Básica e Saúde Bucal são essenciais para que a gestação ocorra de forma saudável e para que os problemas que vierem a surgir, sejam tratados

de forma precoce, diminuindo assim a mortalidade materno-infantil (MOLLER *et al.*, 2017; WHO, 2016).

As equipes devem estar organizadas e capacitadas para captar as gestantes até a 12^a semana de gestação e, além disso, realizar a assistência pré-natal como é preconizada pelas políticas públicas (WHO, 2016). De acordo com Gill *et al.* (2007), o nível de escolaridade da mãe e a condição socioeconômica são os principais determinantes para a não adesão ao pré-natal de forma precoce. Fatores como apoio familiar, falta de tempo, dificuldades de acesso, aceitabilidade e, experiências anteriores com o sistema de saúde, também afetaram o momento da primeira visita de pré-natal.

A cobertura de atendimento odontológico à gestante no Brasil foi demonstrada nos estudos de Oliveira *et al.*, (2020) e Neves *et al.*, (2020). Estes resultados têm sido atribuídos a diferentes barreiras, tais como: falta de conhecimento do cirurgião dentista, baixa percepção de necessidade, mudanças fisiológicas da gestante, medo, a recusa pelos cirurgiões dentistas em tratar mulheres grávidas, crenças populares, aspectos relacionados aos processos de trabalho das equipes e a falta de intersetorialidade do serviço (ROCHA *et al.* 2018).

Para garantir a qualidade dos serviços de saúde na atenção primária foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB é uma pesquisa de base nacional que auxilia no processo e direcionamento de políticas e ações para melhoria e ampliação do acesso e qualidade do serviço (BRASIL, 2015a, 2017b). Até o momento foram realizados três ciclos avaliativos do PMAQ nos anos de 2011-2012, 2013-2014 e 2017-2018 (BRASIL, 2012, 2013c, 2017b).

A avaliação do serviço tem como objetivo formar opinião crítica, facilitar o desenvolvimento e contribuir para o conhecimento nas áreas ou serviços que estão sendo avaliados. As falhas servem para direcionar gestores e profissionais na criação de políticas, programas, serviços e ações que garantam o pleno cuidado da população (HARTZ; SILVA, 2008).

Assim, o registro a consulta odontológica pela eAB é um importante marcador para avaliação da qualidade do pré-natal, demonstrando uma integração entre as equipes. Um pré-natal bem realizado aumenta a possibilidade da realização de uma

assistência odontológica adequada a gestante (SANTOS NETO *et al.*, 2012). Este foi um dos indicadores utilizados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos três ciclos avaliativos realizados (BRASIL, 2012, 2013c, 2017b).

O processo de avaliação conduzido pelo PMAQ pode induzir mudanças nos processos de trabalho, qualificando a organização dos serviços e a tomada de decisões a partir do diagnóstico da realidade (CAVALCANTI; NETO; SOUZA, 2015; PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2018; TANAKA; TAMAKI, 2012). Além disso, o processo de trabalho favorável, ou seja, a realização das ações preconizadas na PNAB (BRASIL, 2012a), podem contribuir para o cuidado mais assertivo e resolutivo no cuidado à gestante (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

Considerando as barreiras existentes ao pré-natal odontológico, a vigência de políticas que situam a gestante como um grupo prioritário para cuidados na atenção básica e saúde bucal e, a realização dos ciclos avaliativos do PMAQ-AB como possível indutor de melhorias nos serviços, buscou-se investigar a frequência do acesso da gestante à consulta odontológica em dois ciclos de avaliação. Mudança no registro da consulta odontológica entre os dois ciclos e o efeito do processo de trabalho da eSB e da eAB, neste desfecho ao longo dos ciclos, também foram avaliados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o acesso da gestante à consulta odontológica no SUS, em território nacional, considerando organização do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica e das Equipes de Saúde Bucal, comparando resultados dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as eAB considerando a participação em ações de educação permanente, planejamento de ações, apoio institucional, análise da situação de saúde da população, autoavaliação, reunião de equipe, apoio matricial na resolução de casos complexos, posse de mapa do território, marcação de consulta, organização da agenda para atendimento da gestante e uso da caderneta da gestante, nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.
- Caracterizar as eSB considerando o planejamento de ações, autoavaliação, reunião de equipe, apoio matricial na resolução de casos complexos, número de equipes (eAB) que atende, tipo de atendimento realizado (demanda espontânea e programada), continuidade do tratamento e forma de registro no prontuário, nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.
- Comparar as mudanças no acesso da gestante à consulta odontológica ao longo dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.
- Comparar as mudanças na atuação das equipes ao longo dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

- Avaliar a associação entre o processo de trabalho e a mudança no acesso da gestante à consulta odontológica entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.
- Estimar o número e taxa de respostas de Equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ-AB.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é entendido como uma política de Estado, criado democraticamente por forças sociais, que deve garantir políticas de atenção à saúde e qualidade de vida de indivíduos e grupos. O SUS determina que a saúde é direito de todos, dever do Estado e segue os seguintes princípios: universalidade, igualdade e integralidade. É uma política de saúde com ações e serviços voltados para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

No âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada a fim de descentralizar ao máximo os serviços de saúde e alcançar o maior número de pessoas nas mais diversas condições de vida. A Atenção Básica chega até a população por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS), local que deve ser referência para a porta de entrada do usuário e comunicação com a Rede de Atenção à Saúde. As UBS devem estar próximas dos lugares onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, garantindo assim o acesso a uma atenção de qualidade (BRASIL, 2012a).

Com o objetivo de otimizar recursos, melhorar o acesso ao cuidado em saúde e guiar os serviços, a assistência foi organizada em linhas de cuidado integral, as quais desenham a trajetória do usuário dentro da rede de atenção à saúde. As linhas de cuidado devem partir de unidades da Atenção Primária à Saúde, quem tem a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede (BRASIL, 2010).

Dentre elas está a Atenção Integral à Saúde da Mulher, resultado de parceria entre movimentos sociais, pesquisadores, organizações não-governamentais (ONGs), gestores do SUS e cooperação internacional para garantir que as necessidades dessa população fossem atendidas em todos os ciclos de vida, independente de raça, gênero ou etnia, dentro do contexto em que vivem (BRASIL, 2011a).

3.1 Atenção à gestante na Atenção Primária à Saúde

No Brasil, as políticas voltadas a gestante tiveram início em 1975 através do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que visava a redução da mortalidade

materna e perinatal com enfoque no processo reprodutivo feminino. As ações eram voltadas ao pré-natal, parto e puerpério a fim de prevenir gravidez de alto risco e promover a suplementação alimentar das gestantes e puérperas de baixa renda (BRASIL, 1975).

A partir dos anos 1980, com o advento da democratização no país, movimentos sociais como o feminismo ganharam força. Pautas como planejamento familiar, sexualidade e saúde passaram a ser reivindicadas, o que resultou no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado em 1984 pelo Ministério da saúde, o qual já apontava a necessidade do atendimento odontológico das gestantes (BRASIL, 1984).

A Iniciativa Global por uma Maternidade Segura, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1987, teve como objetivo aumentar a consciência mundial sobre a mortalidade materna. Seu objetivo era promover um conjunto de ações para o fortalecimento da atenção obstétrica (MAHLER, 1987). Em 1995, o Projeto Maternidade Segura do Serviço de Assistência à Saúde Materno Infantil, no Brasil, teve como objetivo elevar a qualidade do atendimento materno infantil a fim de diminuir a mortalidade por causas perinatais (BRASIL, 1995).

No ano de 2000, foram lançados pela ONU os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, dentre eles estavam: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna (PNUD, 2003). Além disso, ainda no ano 2000, foi instituído pelo MS, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento que traçou princípios e diretrizes para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção para a assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2000).

Criada em 2004, um dos objetivos específicos da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi a promoção da atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2004). Isso significa que, para que o serviço seja efetivo, ele deve se orientar da seguinte forma: fazer captação precoce da gestante; a assistência deve ser qualificada e humanizada; garantir atendimento de urgência/emergência à gestante de alto risco; ter uma área física adequada; incentivar a formação/capacitação dos profissionais na área; elaborar/revisar e distribuir material técnico e didático, por exemplo a Caderneta da Gestante; ofertar ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes; notificar os casos de mortalidade materna; ter um sistema eficiente de

referência e contra referência; ter apoio laboratorial mínimo; e, fazer controle periódico, contínuo e extensivo à essa população (BRASIL, 1988, 2011, 2016a).

A partir das leis, pactos e compromissos assumidos pelo Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, a Rede Cegonha. Estratégia lançada pelo governo federal com objetivo de organizar a Rede de Atenção, fortalecendo ações que garantam acesso, acolhimento, resolutividade, qualidade de vida e bem-estar materno-infantil, desde a gestação até os dois primeiros anos de vida da criança a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil. Além disso, prevê também, os direitos sexuais de homens e mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2011).

O MS, desde 2012, instituiu protocolo que garante o cadastro e utilização da Caderneta da Gestante, a realização de exames complementares, a oferta de medicamentos necessários, imunização (antitetânica e hepatite B), assistência odontológica e psicológica, além de preconizar a realização de no mínimo seis consultas durante o pré-natal. De acordo com o protocolo, a classificação do risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas (BRASIL, 2013).

A Caderneta da Gestante foi proposta e distribuída com o objetivo de orientar e fortalecer a atenção à saúde das gestantes. Distribuída no início do pré-natal, a caderneta contém informações importantes sobre o atendimento e a saúde da gestante (BRASIL, 2011, 2018). Ela deve ser preenchida e entregue a gestante contendo os dados de identificação, anamnese, exame físico, número do Cartão Nacional de Saúde e hospital de referência para o parto (BRASIL, 2013, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que cada gestante tenha seu próprio cartão e o carregue durante toda a gravidez, melhorando assim, a continuidade e qualidade dos cuidados prestados como também, sua experiência na gravidez (WHO, 2016).

A OMS prevê 49 recomendações sobre cuidados pré-natais para se ter uma experiência positiva durante a gravidez. Alguns dos temas abordados tratam sobre aconselhamento nutricional, suplementação e atividade física; testes para identificação de doenças; identificação de violência pelo parceiro; histórico do uso de álcool e/ou outras substâncias; realização de exames de ultrassonografia; uso de medicação, quando necessário; vacinação contra tétano; número mínimo de consultas; e, alternativas para os sintomas comuns da gravidez (WHO, 2016).

O Caderno de Atenção Básica nº 32 do MS que trata da Atenção ao pré-natal de baixo risco, é um instrumento criado dentro da iniciativa Rede Cegonha, para apoiar as equipes da atenção básica. Aborda questões sobre o processo de trabalho, serviço de saúde e planejamento, além do acompanhamento completo da gestante. Pode auxiliar na organização da rede assistencial, capacitação profissional e normalização das práticas de saúde (BRASIL, 2006, 2013).

Após a confirmação da gravidez, algumas condutas devem ser tomadas pela equipe durante a primeira consulta. Dentre elas estão o cadastramento e entrega da Caderneta da gestante, a pesquisa da história clínica, a realização do exame físico, verificação da situação vacinal e, a orientação de consultas e participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares). A gestante deve ser cadastrada no Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), sistema criado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2000, 2013; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A vacinação durante a gestação tem o objetivo de proteger tanto o feto como a mãe de doenças e possíveis complicações. De acordo com o Calendário de Vacinação da Gestante, as vacinas que devem ser tomadas são a antitetânica (dT), a tríplice bacteriana (dTpa), a hepatite B e a Influenza, todas a depender da situação e histórico vacinal (BRASIL, 2018; SBIM, 2021). Além disso, a OMS recomenda a vacina antitetânica nas gestantes a fim de prevenir a mortalidade neonatal por tétano (WHO, 2016).

A OMS recomenda, no mínimo, oito consultas de pré-natal a fim de reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das gestantes no atendimento. Isso proporcionará um acompanhamento longitudinal e continuado para melhor atender as necessidades da gestante (WHO, 2016). No entanto, o MS recomenda, no mínimo, seis consultas de pré-natal que devem ser realizadas mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e, semanalmente da 36ª até a 41ª semana, intercalando-as entre médico e enfermeiro. Os profissionais de saúde devem dar informações sobre a periodicidade de consultas e, também, realizar busca ativa das gestantes faltosas (BRASIL, 2013, 2018).

A gestação é um momento cheio de emoções e importantes mudanças tanto para a mulher quanto para o homem. Todo (a) parceiro (a) têm direito a realizar exames e vacinas, além de participar, ativamente de processo gravídico-puerperal e das decisões reprodutivas. Os mesmos direitos estão garantidos, para um pai adulto ou adolescente, em relação ao filho (BRASIL, 2013, 2018).

De acordo com Alves *et al.*, (2015), a utilização de cuidados pré-natais foi menos frequente em mães monoparentais, ou seja, aquelas gestantes que não viviam em casal no momento do parto. A fim de estimular uma paternidade ativa e consciente, o MS lançou o Guia Pré-natal do Parceiro para Profissionais da Saúde, ferramenta importante para acesso e acolhimento dessa população aos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

3.2 Saúde bucal da gestante na Atenção Primária à Saúde

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu, ainda em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, uma semente plantada para dar fim a atenção odontológica individual e iniciar a odontologia coletiva diante dos índices epidemiológicos desfavoráveis encontrados no Brasil naquela época. Dentre as prioridades mínimas a serem dadas pelo setor, estava o atendimento a gestantes (BRASIL, 1986).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foram criadas pelo Ministério da Saúde, em 2004, por meio de um processo de discussões anteriores junto aos coordenadores estaduais de saúde bucal e, também, a partir dos resultados das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal. A PNSB é uma política que deve estar em constante construção, considerando sempre as condições sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais dos indivíduos. Além disso, deve promover debates entre usuários e trabalhadores da saúde a fim de alcançar melhorias para a saúde bucal da população (BRASIL, 2004a).

Dentre os grupos prioritários da PNSB, estão garantidas ações de atenção ao pré-natal e atendimento odontológico das gestantes na Atenção Primária, onde devem ser cuidadas pelos profissionais da equipe de saúde bucal. Essas ações devem ser resolutivas e centradas em acolher, informar, atender e encaminhar essa população

O atendimento individual da gestante deve ser garantido pelas equipes bem como a realização de ações coletivas para este grupo (BRASIL, 2004a).

A gestação é um período crítico para a mulher, por isso, ao iniciar o pré-natal, além de realizar a solicitação de exames, o profissional responsável deve referenciar a gestante para o agendamento da consulta de pré-natal odontológico constituindo assim, um trabalho multiprofissional das equipes (BRASIL, 2004a, 2018). Não só isso, mas uma avaliação odontológica a cada trimestre da gestação é recomendada (BRASIL, 2013).

Desse modo, a Caderneta da Gestante se torna o documento mais importante para o uso durante a gestação. Nela é onde realiza-se o registro das consultas de pré-natal, exames, vacinas, orientações sobre os direitos da gestante e sobre o desenvolvimento do bebê e amamentação, além de conter informações pessoais da gestante. Há ainda uma página exclusiva para as informações sobre a consulta odontológica (BRASIL, 2018). O segundo trimestre é o período mais adequado para a realização dos procedimentos (BRASIL, 2018).

É importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez. Esse é período ideal para se introduzir hábitos saudáveis na vida da mãe e mantê-los desde o início da vida da criança. Os profissionais devem estar atentos às lesões de tecido mole, lesões cáries, doenças gengivais, hábitos alimentares e higienização bucal, respeitando sempre a vontade da gestante (BRASIL, 2004^a, 2008).

Os profissionais de saúde devem envolver as gestantes em atividades educativas que podem ser individuais ou em grupo, além de realizar visitas domiciliares para orientá-las sobre a importância do pré-natal. As reuniões em grupo são momentos em que a gestante poderá trocar experiências e conhecimentos, o que a ajudará na compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2013, 2018). Cuidados pré-natais em grupo são uma alternativa aos individuais e podem ser realizados, a depender da preferência da mulher, desde que os profissionais de saúde sejam qualificados e se tenha infraestrutura e recursos disponíveis (WHO, 2016). As intervenções educativas devem reforçar o uso e início precoce dos cuidados pré-natais (ALVES *et al.*, 2015).

De acordo com Bastiani *et al.*, (2010), em estudo realizado em Maringá/PR, 20% dos cirurgiões dentistas participam do programa de pré-natal, 21% das gestantes se referem ao dentista como principal fonte de informação e, apenas 15% diz ter recebido orientação de seus médicos ginecologistas para procurarem atendimento odontológico durante a gestação. Somente 9% buscaram a prevenção, enquanto 53% procuraram atendimento odontológico devido a dor (urgência). Também foi identificado, por relato, 16% na taxa de recusa no atendimento da gestante por parte do dentista.

Em outro estudo realizado em Blumenau/SC foi constatada a baixa aderência das gestantes ao cuidado odontológico que estão associadas ao medo do tratamento odontológico prejudicar o bebê e o medo de sentir dor durante o atendimento. Além disso, as gestantes possuem um conhecimento limitado a procedimentos cirúrgico-restauradores, não valorizando a promoção de saúde o que revela desinformação e agravamento dos problemas de saúde bucal nessa fase (SILVEIRA; ABRAHAM; FERNANDES, 2016).

3.3 Avaliação dos serviços de saúde

De acordo com Contandriopoulos *et al.*, (1997, p.31),

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Isto é, quando uma intervenção é avaliada através dos seus componentes segundo normas e critérios, trata-se de uma avaliação normativa. Quando são avaliadas as relações entre esses componentes da intervenção, trata-se de uma pesquisa avaliativa. Essa intervenção se traduz em práticas sociais e são aquelas praticadas no cotidiano e no trabalho, tornando-as assim, objeto de avaliação. Políticas, programas e serviços de saúde têm sido os objetos mais frequentemente avaliados (HARTZ; SILVA, 2008).

Segundo Medrado, Casanova e Oliveira (2015), através da avaliação, os profissionais podem refletir sobre as práticas em saúde e aprimorá-las, aproximando cada vez mais do pleno atendimento das necessidades da população onde atuam,

além de colaborar para a melhoria dos indicadores. Portanto, a institucionalização da avaliação se torna necessária para promover melhorias na eficiência no SUS.

Para que ocorram mudanças efetivas, é necessário que todos os atores, ou seja, profissionais, gestores e planejadores, estejam envolvidos e articulados em busca de alternativas a fim de diluir práticas fragmentadas do serviço (CONTANDRIOPOULOS, 2006). A avaliação deve ser uma ação cotidiana daqueles que tem o poder de decisão e, ainda, ser vista como um instrumento de possibilidades (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) a fim de monitorar os serviços prestados na atenção básica (BRASIL, 2015). A metodologia do programa foi baseada na tríade de Donabedian, utilizando dados da estrutura, processo e resultado, para avaliação dos serviços e das práticas assistenciais (DONABEDIAN, 1988). Fez parte de um programa mais amplo chamado Saúde Mais Perto de Você. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho e monitoramento dos sistemas de saúde e teve como objetivo ampliar o acesso e garantir uma boa qualidade dos serviços ofertados a população brasileira. No total, foram realizados três ciclos do PMAQ-AB, o primeiro em 2012, o segundo em 2013 e o terceiro em 2017 (BRASIL, 2012, 2013c, 2015a, 2017b).

Os ciclos avaliativos 1 e 2 do PMAQ-AB se constituíram em quatro fases: 1 – Adesão e Contratualização/Recontratualização; 2 – Desenvolvimento; 3 – Avaliação Externa; 4 – Recontratualização. A primeira etapa é o momento no qual os gestores municipais indicam o quantitativo de equipes de Atenção Básica (eAB), equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que poderão participar do programa, sendo a contratualização de novas equipes ou a recontratualização, do ciclo 1 para o ciclo 2, de forma voluntária. A segunda etapa, de desenvolvimento, são um conjunto de ações organizadas em quatro dimensões: a) autoavaliação – identificar e reconhecer pontos fortes e fragilidades do processo de trabalho das próprias equipes; b) monitoramento de indicadores – orientar e subsidiar a programação das ações; c) educação permanente – ações que auxiliem no enfrentamento de problemas e desafios encontrados no cotidiano do processo de

trabalho; e, d) apoio institucional – disparar e apoiar processos de mudança, buscando fortalecimento (BRASIL, 2013c).

A Avaliação Externa, terceira etapa, foi realizada em parceria com Instituições de Ensino Superior e/ou Pesquisa (IEP) que conduziam a aplicação do instrumento capaz de avaliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pela equipe e pela gestão. Foram observadas condições de infraestrutura e funcionamento das UBS, entrevista com os profissionais das equipes e verificação documental. Essa etapa foi subdividida em seis módulos: Módulo I (Observação na Unidade Básica de Saúde), Módulo II (Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde), Módulo III (Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde), Módulo IV (Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde), Módulo V (Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal) e Módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde). Era necessário que o resultado desta etapa fosse coerente com as informações prestadas pelas equipes na etapa de Autoavaliação (AM AQ) (BRASIL, 2017a).

A quarta e última etapa, foi a de certificação das equipes. Nesta etapa, houve o momento de reconhecimento do esforço, das equipes e gestores municipais, para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. As equipes participantes no PMAQ-AB foram certificadas, conforme o seu desempenho, considerando a implementação de processos autoavaliativos, a verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, e, a verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (BRASIL, 2012, 2013c).

Diferentemente dos ciclos anteriores do PMAQ-AB, o ciclo 3 ocorreu em três etapas e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. A primeira etapa foi a de Adesão ao programa e Contratualização de compromisso e indicadores entre as equipes, gestores municipais e Ministério da Saúde. A segunda, de Certificação, consistiu em uma avaliação externa, uma avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e a verificação do momento autoavaliativo. E, a terceira de Recontratualização, onde houve a repactuação em busca por novos padrões e indicadores de qualidade, observando assim os resultados alcançados e continuidade para a realização de novos ciclos (BRASIL, 2017b).

O objetivo do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento era a de ser transversal em todas as fases e garantir que as ações de melhoria da qualidade fizessem parte de todas elas. Ele foi organizado em cinco dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente, Apoio institucional e Cooperação horizontal (BRASIL, 2017b). As diferenças entre as etapas dos três ciclos do PMAQ-AB estão representadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Etapas de realização do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

CICLOS DO PMAQ-AB	ETAPAS
CICLO 1 (2012)	1 – Adesão e Contratualização/Recontratualização; 2 – Desenvolvimento; 3 – Avaliação Externa; 4 – Recontratualização.
CICLO 2 (2013)	1 – Adesão e Contratualização/Recontratualização; 2 – Desenvolvimento; 3 – Avaliação Externa; 4 – Recontratualização.
CICLO 3 (2017)	1 – Adesão e Contratualização; 2 – Certificação; 3 – Recontratualização. < Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento > – Autoavaliação; – Apoio Institucional; – Monitoramento de Indicadores de Saúde; – Educação Permanente; – Cooperação Horizontal.

Fonte: BRASIL, 2012. Saúde Mais Perto De Você - Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo.

BRASIL, 2013c. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipe parametrizadas) e NASF.

BRASIL, 2017b. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF.

O programa adotava um conjunto de ações e estratégias para a realização do monitoramento e avaliação do trabalho das equipes. Esse conjunto deveria obedecer à padrões de acesso e qualidade e estava vinculado ao incentivo de recursos financeiros que eram repassados ao município. O recurso era condicionado ao desempenho das equipes (BRASIL, 2015).

Apesar da vasta fonte de contribuições que o PMAQ-AB trouxe para análise do processo de trabalho das equipes incentivando o aumento da qualidade dos serviços e, principalmente, reconhecendo o trabalho feito por equipes de saúde e gestões locais, o programa foi interrompido pelo MS (BRASIL, 2020).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal de abrangência nacional. Os dados utilizados são secundários e foram coletados durante a realização do PMAQ-AB. Esses dados estão disponíveis no *website* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

De acordo com Política Nacional de Atenção Básica (2012^a, p. 37), dentre as ações necessárias para o funcionamento da atenção básica, deveriam haver:

Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

E, ainda, recomendava que:

[...] os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma eSF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a eSF à qual integra [...] (BRASIL, 2012a, p. 60).

Portanto, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram consideradas como referencial teórico para este estudo. Essas políticas públicas enfatizam a organização da atenção à saúde no SUS, por meio das diretrizes de universalidade, integralidade da atenção, acessibilidade e continuidade do cuidado. Na Figura 1 estão listadas as ações que devem ser realizadas pelas equipes e que estão relacionadas ao cuidado da gestante.

Figura 1 – Ações da PNAB e PNSB relacionadas ao cuidado da gestante na atenção primária



Fonte: BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica (2012a, 2017).
BRASIL, Política Nacional de Saúde bucal (2004a).

Considerando as ações, tanto da PNAB (2012a e 2017) quanto da PNSB (2004a), a população de referência escolhida foram todas as Equipes de profissionais da Atenção Básica e Saúde Bucal lotados nas unidades de saúde em todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, que participaram dos dois ciclos de avaliação e responderam ao Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica (eAB) e ao Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal (eSB), durante a aplicação do instrumento de Avaliação Externa. O componente Avaliação Externa do PMAQ-AB faz parte da segunda de quatro etapas de avaliações do programa e ocorre através da aplicação de um questionário capaz de avaliar condições de infraestrutura e funcionamento das UBS, o acesso da população e a qualidade dos serviços prestados pela equipe e pela gestão. Os módulos do PMAQ-AB e seus objetivos estão demonstrados no Quadro 2.

As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa brasileiros, selecionados e capacitados previamente pelo MS, que visitaram

as equipes. A coleta de dados foi realizada mediante o uso de *tablets*. No Módulo II, esse profissional deveria ser enfermeiro (a) ou médico (a) e, na ausência destes, outro profissional de nível superior poderia fazê-lo. Durante a entrevista do Módulo VI, o cirurgião dentista era quem deveria respondê-la, porém na ausência deste, o auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) era quem responderia (BRASIL, 2013a, 2013b, 2017a).

Quadro 2 - Organização dos módulos do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB

	Método de coleta	Objetivo
Módulo I	Observação na Unidade Básica de Saúde	Avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde
Módulo II	Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde	Avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários
Módulo III	Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil)	Verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização
Módulo IV	Entrevista com o Profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde	Avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários
Módulo V	Observação na Unidade de Saúde – Consultório Odontológico	Avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e equipamentos do consultório odontológico
Módulo VI	Entrevista com profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde	Avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários

Fonte: BRASIL, Instrumento de Avaliação externa do ciclo 2 do PMAQ-AB, 2013a e 2013b.
BRASIL, Instrumento de Avaliação externa do ciclo 3 do PMAQ-AB, 2017a.

4.1 Variáveis analisadas

Foi feita uma análise inicial de comparabilidade das variáveis dos 3 ciclos do PMAQ – AB. Entretanto, os dados do ciclo 1 não permitiram verificar a comparabilidade das variáveis dos 3 ciclos ao longo do tempo. Em função disso, foram analisadas variáveis dos ciclos 2 e 3. Todas as perguntas do Módulo II (Equipes de Atenção Básica) e VI (Equipes de Saúde Bucal) dos dois ciclos foram analisadas. Em seguida foram selecionadas as variáveis referentes a categoria processo de trabalho que guardavam uma correlação com o cuidado à gestante no âmbito do SUS e

apresentavam semelhança entre si, permitindo a comparação entre o ciclo 2 e ciclo 3. Onze variáveis foram escolhidas para as Equipes de Atenção Básica e oito para as Equipes de Saúde Bucal. Opções de respostas foram recategorizadas para permitir correspondência entre os ciclos 2 e 3 e estão representadas nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3 – Variáveis referentes ao processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, códigos da variável no banco de dados público, opções de respostas originais e a recategorização realizada para correspondência das opções de respostas entre os ciclos.

Variável	CICLO 2 (2013)				CICLO 3 (2017)			
	Códigos	Variáveis	Categorias originais	Recategorização	Códigos	Variáveis	Categorias originais	Recategorização
Planejamento das ações	VI. 7.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	-Sim. Somente com a equipe de saúde bucal = 1 -Sim. Juntamente com a equipe de atenção básica = 1 -Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.4.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Autoavaliação	VI. 7.5	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.4.5	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Reunião de equipe	VI. 9.1	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	-Sempre = 1 -Às vezes = 1 -Nunca = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.4.2	A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Resolução de casos complexos*	VI. 10.1	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	-Sim, do CEO = 1 -Sim, do NASF = 1 -Sim, do CAPS = 1 -Sim, outros centros/políclínicas de especialidades (não CEO) = 1 -Sim, outros = 1 -Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.5.1 VI.5.2	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos? De quais núcleos profissionais?	-Sim = 1 -Não = 0 -Do CEO = 1 -De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO) = 1 -Do NASF = 1 -Do CAPS = 1 -Da vigilância em saúde = 1 -Outros = 1	Sim = 1 Não = 0
Equipe*	VI. 11.1	A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?	-Quantidade de equipes	-Uma equipe -Duas equipes ou mais	VI.3.1	Na rotina de trabalho, a Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?	-Quantidade de equipes	- Uma equipe - Duas equipes ou mais

Tipo de atendimento*	VI.13.1	A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	-Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda	Sim = 1 Não = 0	VI.7.3	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	-Atendimento agendado/ programado -Atendimento de demanda espontânea	Sim = 1 Não = 0 Sim = 1 Não = 0
Continuidade do tratamento	VI.13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.7.12	Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?	-A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior = 1 -A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário = 1 -A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente) = 0 -É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio) = 0 -No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento = 0 -Outro (a) = 0	Sim = 1 Não = 0
Registro*	VI. 12.6	Existe prontuário eletrônico implantado na Equipe?	-Sim -Não	-Sim -Não	VI.6.1	Como são registradas as informações de saúde?	-Fichas em papel -Prontuário eletrônico	Sim = 0 Não = 1 Sim = 1 Não = 0

Fonte: BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 2, módulo VI do PMAQ-AB, 2013b.

BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 3, módulo VI do PMAQ-AB, 2017a.

*Variáveis que foram adaptadas para fins de análise.

Quadro 4 – Variáveis referentes ao processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, códigos da variável no banco de dados público, opções de respostas originais e a recategorização realizada para correspondência das opções de respostas entre os ciclos.

	CICLO 2 (2013)				CICLO 3 (2017)			
	Códigos	Variáveis	Categorias originais	Recategorização	Códigos	Variáveis	Categorias originais	Recategorização
Gestante (variável desfecho)	II.18.3.2	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre:	-Consulta odontológica da gestante	Sim = 1 Não = 0	II.15.9.2 II.15.1	No acompanhamento da gestante há registro de: A equipe realiza consulta de pré-natal?	-Consulta odontológica da gestante Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza pré-natal = 0
Educação permanente*	II.7.2	Qual (is) dessa (s) ação (es) a equipe participa?	-Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão = 1 - Cursos presenciais -Telessaúde -RUTE – Rede Universitária de Telemedicina = 1 -UNASUS = 1 -Curso de Educação à Distância = 1 -Troca de experiência = 1 -Tutoria/ preceptoria = 1 -A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros = 1 -Outro (s) = 1 -Não participa de nenhuma ação de educação permanente = 0	Sim = 1 Não = 0	II.4.3 II.4.1.6	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente: Não recebi EP no ano anterior	-Telessaúde = 1 -EAD/UNASUS = 1 -RUTE – Rede Universitária de Telemedicina = 1 -Cursos presenciais = 1 -Troca de experiência = 1 -Tutoria/ preceptoria = 1 Sim = 0 Não = 1	Sim = 1 Não = 0 Não recebi EP no ano anterior = 0
Planejamento das ações*	II.8.1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	Sim = 1 Não = 0 -Semanal = 1 -Bimestral = 1	Sim = 1 Não = 0	II.8.3	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0

	II.8.1.2	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?	-Trimestral = 1 -Semestral = 1 -Anual = 1 -A equipe não realiza planejamento = 0 -Não se aplica (mensal) = 1					
Apoio institucional	I.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.8.9	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Situação de saúde	II.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.8.11	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Autoavaliação*	II.8.8	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	-Sim = 1 -Não = 0 -Não sabe/não respondeu = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza autoavaliação = 0	II.8.7	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
	II.8.10	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	-Muito Considerado = 1 -Considerado = 1 -Razoavelmente considerado = 1 -Pouco considerado = 0 -Não considerado = 0 -Não se aplica = 0					
Reunião de equipe	II.8.12	A equipe realiza reunião?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.8.1	A sua equipe realiza reunião de equipe?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Resolução de casos complexos	II.9.4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	-Sim = 1 -Não = 0 -Não sabe/não respondeu = 0	Sim = 1 Não = 0	II.3.1	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0

Território*	II.10.2	Existe definição da área de abrangência da equipe	-Sim = 1 -Não = 0 -Não sabe/não respondeu = 0	Sim = 1 Não = 0 Não existe definição da área de abrangência = 0	II.6.2	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
	II.10.3	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	Sim = 1 Não = 0					
Consulta	II.12.9	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.9.3	O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Agenda	II.14.5.1	A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações?	-Gestantes	Sim = 1 Não = 0	II.15.4	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza pré-natal = 0
Caderneta da gestante	II.18.2	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.15.7	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza pré-natal = 0

Fonte: BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 2, módulo II do PMAQ-AB, 2013a.

BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 3, módulos II do PMAQ-AB, 2017a.

*Variáveis que foram adaptadas para fins de análise.

Neste estudo, o acesso da gestante ao serviço de saúde foi medido pelo registro da consulta odontológica, portanto a variável desfecho foi o “registro da consulta odontológica da gestante” que se encontra no Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica no item Acompanhamento da gestante. Nos dois ciclos, esta variável foi avaliada pela questão “No acompanhamento das gestantes, há registro sobre consulta odontológica da gestante? com opção de resposta dicotômica (sim, não). Contudo, no 3º ciclo, esta pergunta foi precedida pela seguinte questão: “A equipe realiza consulta de pré-natal?”, também dicotômica (sim, não). Portanto, neste ciclo, a opção de resposta “não” incluiu aquelas equipes que não realizavam consulta de pré-natal. Entende-se que, uma equipe que não realizou o cuidado pré-natal também não realizou as ações relacionadas a ele.

A hipótese avaliada por este estudo é de que houve uma melhora do acesso da gestante à consulta odontológica entre os dois ciclos e de que o processo de trabalho da eAB pode favorecer o acesso da gestante à consulta odontológica, contribuindo para explicar a variação observada entre os ciclos. Outra hipótese é de que o processo de trabalho da eSB pode, também, contribuir para explicar a variação do acesso da gestante à consulta odontológica ao longo dos ciclos, e também parte da associação observada entre o processo de trabalho da atenção básica e a variável desfecho.

As variáveis referentes ao processo de trabalho foram selecionadas a partir das questões utilizadas na entrevista com as eSB (Quadro 3) e eAB (Quadro 4). Uma comparação entre elas permitiu selecionar aquelas que guardavam semelhança entre os ciclos.

Dentre as ações realizadas pelas equipes de saúde bucal foram escolhidas as seguintes variáveis do processo de trabalho: planejamento das ações, autoavaliação, reunião de equipe, resolução de casos complexos, equipe, tipo de atendimento, continuidade do tratamento e adoção de registro no prontuário eletrônico (PE). Para a atenção básica foram escolhidas as seguintes variáveis: educação permanente, planejamento das ações, apoio institucional, situação de saúde (disponibilização de informações pela gestão), autoavaliação, reunião de equipe, resolução de casos complexos, posse de mapa do território, marcação de consulta (organização da agenda), agenda (oferta baseada na classificação de risco da gestante) e uso da caderneta da gestante.

A fim de comparar o desempenho das equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal nos dois ciclos avaliativos, foram necessárias algumas adaptações para a dicotomização das repostas das equipes. Algumas variáveis das Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal foram recategorizadas para agrupar categorias que permitissem a semelhança entre si. Estão demonstradas nos quadros 3 e 4 com a coluna categoria original e a coluna recategorização mostrando as correspondências. Como exemplo do processo de recategorização, a variável “planejamento das ações” da Atenção Básica originalmente possuía 3 categorias: “Somente com a equipe de saúde bucal”, “Juntamente com a equipe de atenção básica” e “Não”. As duas primeiras receberam o código 1 e na recategorização foram agrupadas em um único nível denominado (SIM) para realização das ações e 0 (NÃO) para a não realização das ações envolvidas no processo de trabalho das equipes. Para todas as categorias o código 1 corresponde a realização (SIM) e o código 0 corresponde a não realização (NÃO).

Para algumas variáveis foi necessário realizar o cruzamento com outras questões para que não houvesse a exclusão de equipes que poderiam participar da amostra. No processo de trabalho das eSB a variável “resolução de casos complexos” do ciclo 3, foi necessário incluir a pergunta “De quais núcleos profissionais?” para que ela se aproximasse da variável encontrada no ciclo 2. Para os ciclos 2 e 3, a variável “equipe” foi dicotomizada em “uma equipe” e “duas equipes ou mais” tratando da quantidade de eAB em que a eSB atua. Ainda no ciclo 3, para a variável “tipo de atendimento” foram selecionadas as equipes que realizavam os dois tipos de atendimento e, as repostas positivas foram somadas. Para criar a variável “registro” no ciclo 3, foi necessário a soma das repostas negativas para “folha de papel” e positivas para “prontuário eletrônico”.

Para análise do processo de trabalho das eAB, a variável “educação permanente (EP)” no ciclo 3 foi somada a opção “Não recebi EP no ano anterior”, isso significa que quem respondeu não a esta pergunta recebeu algum tipo de educação permanente em algum momento. Além disso, uma limitação desta variável é de que as ações de educação permanente foram medidas com temporalidade diferente nos dois ciclos. Para a variável “planejamento das ações” a opção de resposta “não se aplica” foi adotada como frequência “mensal”, o que coincidiu com o número de

equipes que responderam “sim” na pergunta realizada anteriormente sobre a periodicidade da ação. E, por último, para a variável “autoavaliação” no ciclo 2, a opção de resposta “não se aplica” foi considerada como ausência de realização da ação de autoavaliação pelas equipes.

No ciclo 2, a variável “território” foi avaliada pela pergunta “Existe definição da área de abrangência da equipe”, respondida somente pelas equipes que relataram possuir mapas com desenho do território de abrangência. Aquelas equipes, que não possuíam mapas com desenho do território, foram somadas às que relataram não possuir definição da área de abrangência da equipe. No ciclo 3, a questão sobre uso da “caderneta da gestante” foi condicionada ao fato de a equipe realizar ou não pré-natal. Assim, as 648 equipes que não realizavam pré-natal foram incluídas no grupo das equipes que não utilizavam Caderneta da gestante.

Inicialmente, quatro bancos de dados foram extraídos em planilhas do Microsoft Excel® do *website* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde: sendo dois bancos correspondentes aos dados do módulo II em cada ciclo (1 - Equipe de Atenção Básica, 2º ciclo; 2 - Equipe de Atenção Básica, 3º ciclo) e dois com dados do módulo VI (3 - Equipe de Saúde Bucal, 2º ciclo; 4 - Equipe de Saúde Bucal, 3º ciclo). Para os dois ciclos, a unidade amostral foi a eAB no módulo II, sendo que cada equipe foi identificada pelo código de Identificação Nacional de Equipe (INE). No módulo VI, em ambos os ciclos, cada eSB correspondeu a uma unidade amostral e foi identificada com o mesmo INE da eAB ao qual era vinculada.

Os quatro bancos de dados foram vinculados sequencialmente utilizando a variável comum INE, ciclos 2 e 3 da Saúde Bucal e ciclos 2 e 3 da Atenção Básica. Na primeira etapa, a vinculação teve como objetivo unir as informações dos 2º e 3º ciclos em um único banco, tanto para eSB como para eAB. Na etapa seguinte, a vinculação uniu as informações dos dois ciclos da eSB com aquelas das eAB.

Uma análise de dados perdidos foi realizada para cada banco separadamente e para os bancos de dados vinculados, estimando-se a taxa de não resposta em cada etapa. Quando a mesma equipe não participou dos dois ciclos avaliativos, em 2013 e 2017, ela foi excluída da amostra. Essa exclusão ocorreu tanto para as eSB quanto as eAB. Por último, através da vinculação das eSB com as eAB da mesma unidade de saúde, foram selecionadas apenas as equipes que mantinham o mesmo vínculo

nos dois ciclos de avaliação. As equipes com respostas faltantes para alguma das variáveis e/ou para algum dos dois ciclos também foram excluídas.

Devido ao grande número de exclusão das equipes para fins de análise, optou-se por realizar uma análise de distribuição dessas equipes no país. Para a análise dessa distribuição, foram selecionadas as eSB, as quais realizam o registro de consulta odontológica da gestante (variável desfecho) e sempre estão vinculadas a uma eAB.

A taxa de participação das Equipes de Saúde Bucal foi verificada por meio da adesão das equipes ao PMAQ-AB, considerando as diferentes regiões geográficas do país.

4.2 Análise estatística

Foi realizada análise descritiva para estimar a frequência do acesso da gestante à consulta odontológica nos ciclos 2 e 3, independentemente. Uma análise comparativa da variável resposta e das variáveis de processo de trabalho da eAB e eSB entre os ciclos foi realizada para obtenção dos percentuais de equipes com variação positiva, ou seja, que mudaram seu processo de trabalho incorporando as ações e variação negativa, ou seja, que abandonaram algumas das ações no seu processo de trabalho. Essa análise foi realizada com os dados completos referentes à eSB ou eAB nos dois ciclos. Foi utilizado o teste de McNemar para testar a hipótese de que a variação positiva ou negativa é diferente de zero, ou seja, estatisticamente significativa. Um modelo de regressão logística multinível de efeitos fixos e interceptos randômicos foi empregado para avaliar a variação do acesso da gestante à consulta odontológica pela eAB entre os ciclos e a associação entre as variáveis de processo de trabalho das eAB e eSB com esta variação. As estimativas foram obtidas em um modelo de três níveis com medidas repetidas e considerando a distribuição *em cluster* das equipes nas Unidades da Federação brasileiras (HAIR; FÁVERO, 2019). Assim, o nível 1 é o período de avaliação, correspondendo aos 2^o e 3^o ciclos, o nível 2 corresponde às equipes e o nível 3 à Unidade da Federação. O ajuste foi realizado por blocos. Inicialmente, no modelo 1, foi incluída a variável que define os ciclos de avaliação, para estimar a variação do acesso da gestante à consulta odontológica pela

eAB entre os ciclos. Em seguida, foram incluídas as variáveis referentes ao processo de trabalho da eAB (modelo 2) e da eSB (modelo 3). As mudanças nas medidas associação foram interpretadas buscando compreender o papel da variação no processo de trabalho das equipes na variação do acesso da gestante à consulta odontológica entre os ciclos 2 e 3. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) foi estimado para quantificar a proporção da variância do acesso da gestante à consulta odontológica entre os ciclos entre as equipes em uma dada Unidade da Federação (within-UF variation) e da variância do acesso da gestante à consulta odontológica entre os ciclos das equipes entre diferentes Unidades Federativas (variação entre UF) em relação à variância total da variável resposta. Adicionalmente, a Mudança Proporcional na Variância foi calculada empregando a seguinte fórmula $MPV = (\text{variância no modelo 1} - \text{variância modelo 2}) / \text{variância modelo 1}$. Este modelo foi estimado considerando a amostra de equipes com dados completos referentes ao processo de trabalho da eSB e eAB nos dois ciclos. Para fins de comparação, o comportamento da variável resposta foi comparado considerando a amostra completa de eAB e a amostra final considerada na estimação do modelo de regressão multinível. A construção do banco de dados e a análise de todas as variáveis do estudo foram realizadas no software Statistic Data Analysis (STATA) 16.0. A distribuição das equipes respondentes em todo o território nacional e a taxa de resposta em cada Unidade da Federação foi apresentada em Mapas. Foi utilizado o software QGiz (Apêndice A - suplemento).

4.3 Aspectos éticos

Os dados utilizados são públicos, secundários e não possui identificação dos participantes. Eles estão disponíveis no *website* do MS e a participação das equipes ao programa aconteceu de forma voluntária, por meio da assinatura do Termo de Adesão.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

Os resultados encontrados estão apresentados no artigo abaixo que foi submetido a Revista Ciência e Saúde Coletiva (ANEXO A). No Apêndice, encontram-se os arquivos suplementares.

Processo de trabalho das equipes de saúde favorecem atenção odontológica da gestante no pré-natal: análise longitudinal

Health teams' work process favors prenatal care for pregnant women: longitudinal analysis

Resumo: O objetivo foi analisar o registro da consulta odontológica da gestante, considerando organização do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica e das Equipes de Saúde Bucal. Trata-se de um estudo longitudinal, de abrangência nacional, realizado com dados secundários dos ciclos 2 e 3 do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, em 2013 e 2017. A população de referência foram as equipes que participaram dos dois ciclos de avaliação e responderam às questões sobre o processo de trabalho. Teste de McNemar e regressão logística multinível foram empregados para analisar a variação positiva (prática foi incorporada no ciclo 3) ou negativa (prática foi abandonada no ciclo 3) do registro da consulta odontológica entre os ciclos e a associação entre as variáveis de processo de trabalho das equipes com esta variação. O percentual de registro da consulta odontológica da gestante foi de 64,82% (n=19303) e 82,33% (n=30750) nos ciclos 2 e 3, respectivamente. A variação positiva no registro de consulta odontológica de gestante entre os ciclos foi significativamente maior do que a variação negativa (diferença: 19,71 (IC 95% 19,05; 20,37)). O processo de trabalho das equipes favoreceu o registro da consulta odontológica da gestante.

Palavras-chave: Gestantes. Saúde bucal. Atenção primária a saúde. Avaliação em saúde.

Abstract

The objective was to analyze the record of the pregnant woman's dental appointment, considering the organization of the work process of the Primary Care Teams and the Oral Health Teams. This is a longitudinal study, nationwide, carried out with secondary data from cycles 2 and 3 of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care, in 2013 and 2017. The reference population were the teams that participated in the two cycles evaluation and answered questions about the work process. McNemar test and multilevel logistic regression were used to analyze the positive (practice was incorporated in cycle 3) or negative (practice was abandoned in cycle 3) variation of the dental appointment record between cycles and the

association between work process variables of the eAB and eSB with this variation. The percentage of records of the pregnant woman's dental appointment was 64.82% (n=19303) and 82.33% (n=30750) in cycles 2 and 3, respectively. The positive variation in the registration of dental appointments for pregnant women between cycles was significantly greater than the negative variation (difference: 19.71 (95% CI 19.05; 20.37)). The work process of the teams favored the registration of the dental consultation of the pregnant woman.

Keywords: Pregnant women. Oral health. Primary health care. Health assessment.

Introdução

As políticas públicas voltadas à saúde da gestante estão presentes no Brasil desde a década de 70. Estas políticas buscam contribuir para uma gestação mais saudável e a redução da mortalidade materna-infantil. Para isto, o enfoque vai além do processo reprodutivo feminino, abordando temas abrangentes como o planejamento familiar, sexualidade e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção para a assistência obstétrica e neonatal^{1,2}.

A atenção pré-natal é um conjunto de ações que promovem saúde, previnem complicações, diagnosticam e curam doenças que possam vir a ocorrer durante e após a gestação. Seu objetivo é assegurar o desenvolvimento saudável tanto para a mãe quanto para o seu filho durante esse período^{3,4}.

Durante a gravidez ocorrem alterações hormonais que favorecem alterações na saúde bucal da gestante como por exemplo, o sangramento gengival. Além disso, o aumento da ingestão de carboidratos (açúcares) pode facilitar o acúmulo de biofilme somando-se a dificuldade da higienização correta pela gestante devido aos enjoos matinais, fatores podem ocasionar o aparecimento de gengivite ou lesões cáries^{5,6}.

Neste contexto, a atenção à saúde bucal da gestante surgiu como prioridade, em 1986, durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Entretanto, apenas em 2004, após a criação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a gestante consolidou-se como grupo prioritário na garantia de ações voltadas ao pré-natal, inclusive o atendimento odontológico na Atenção Primária^{7,8}. Uma avaliação odontológica a cada trimestre da gestação é recomendada⁴.

No Brasil, a Atenção Primária é a porta de entrada preferencial para as gestantes no sistema de saúde, representada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴. A identificação e a captação precoce da gestante pelos profissionais são essenciais para que a gestação ocorra de forma saudável e para que os problemas que vierem a surgir, sejam

detectados e tratados o mais rapidamente possível, contribuindo para a saúde da mãe como a do bebê, com possíveis efeitos na redução da mortalidade materno-infantil^{3,9}.

As equipes devem estar organizadas e capacitadas para captar as gestantes até a 12ª semana de gestação e, além disso, realizar a assistência pré-natal como é preconizada pelas políticas públicas³. De acordo com Gill *et al.*¹⁰, o nível de escolaridade da mãe e a condição socioeconômica são os principais determinantes para a não adesão ao pré-natal de forma precoce. Fatores como apoio familiar, falta de tempo, dificuldades de acesso, aceitabilidade e, experiências anteriores com o sistema de saúde, também afetaram o momento da primeira visita de pré-natal.

A cobertura de atendimento odontológico à gestante no Brasil foi demonstrada nos estudos de Oliveira *et al.*¹¹ e Neves *et al.*¹². Estes resultados têm sido atribuídos a diferentes barreiras, tais como: falta de conhecimento do cirurgião dentista, baixa percepção de necessidade, mudanças fisiológicas da gestante, medo, a recusa pelos cirurgiões dentistas em tratar mulheres grávidas, crenças populares, aspectos relacionados aos processos de trabalho das equipes e a falta de intersetorialidade do serviço¹³.

Assim, o registro da consulta odontológica pela eAB é um importante marcador para avaliação da qualidade do pré-natal, demonstrando uma integração entre as equipes. Um pré-natal bem realizado aumenta a possibilidade da realização de uma assistência odontológica adequada a gestante¹⁴. Este foi um dos indicadores utilizados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos três ciclos avaliativos realizados^{15,16,17}.

O processo de avaliação conduzido pelo PMAQ pode induzir mudanças nos processos de trabalho, qualificando a organização dos serviços e a tomada de decisões a partir do diagnóstico da realidade dos serviços, que favorecem maior qualidade dos serviços¹⁸. Além disso, o processo de trabalho favorável, ou seja, a realização das ações preconizadas na PNAB¹⁹, podem contribuir para o cuidado mais assertivo e resolutivo no cuidado à gestante¹⁴.

Considerando as barreiras existentes ao pré-natal odontológico, a vigência de políticas que situam a gestante como um grupo prioritário para cuidados na atenção básica e saúde bucal e, a realização dos ciclos avaliativos do PMAQ-AB como possível indutor de melhorias no serviços, buscou-se investigar a frequência de registro de consulta odontológica de gestante em dois ciclos de avaliação. Mudanças no registro entre os dois ciclos e o efeito do processo de trabalho da eSB e da eAB neste desfecho ao longo dos ciclos também foram avaliados. A

hipótese avaliada por este estudo é de que houve uma melhora do registro da consulta odontológica da gestante entre os dois ciclos e de que o processo de trabalho da eAB pode favorecer o registro da consulta odontológica da gestante, contribuindo para explicar a variação observada entre os ciclos. Outra hipótese é de que o processo de trabalho da eSB pode, também, contribuir para explicar a variação do registro da consulta odontológica da gestante ao longo dos ciclos, e também parte da associação observada entre o processo de trabalho da atenção básica e a variável desfecho.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal de abrangência nacional realizado com dados secundários, disponíveis publicamente no *website* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde²⁰, referentes aos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, em 2013 e 2017. Os dados não possuem identificação dos participantes. A participação e adesão das equipes ao programa ocorreu de forma voluntária, por meio da assinatura do Termo de Adesão. A população de referência compreendeu todas as Equipes de profissionais da Atenção Básica lotados nas unidades de saúde em todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, que participaram, mediante assinatura de um termo de adesão, dos dois ciclos de avaliação e responderam ao Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica (eAB) e ao Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal (eSB), durante a aplicação do instrumento de Avaliação Externa. O componente Avaliação Externa do PMAQ-B faz parte da segunda de quatro etapas de avaliações do programa e ocorre por meio da aplicação de um questionário sobre condições de infraestrutura e funcionamento das UBS, o acesso da população e a qualidade dos serviços prestados pela equipe e pela gestão. O módulo II foi respondido por um enfermeiro(a) ou médico(a) da eAB e, na ausência destes, outro profissional de nível superior. O cirurgião-dentista foi o profissional da eSB que respondeu às questões do módulo VI. Contudo, na ausência deste, o auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) foi o entrevistado.

As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa brasileiras, selecionados e capacitados previamente pelo Ministério da Saúde. Os entrevistadores visitaram as equipes após contato prévio. A coleta de dados foi realizada mediante o uso de *tablets*. Os dados utilizados nesta pesquisa são públicos e secundários.

A variável desfecho foi o “registro da consulta odontológica da gestante” obtida no módulo II, por meio de entrevista com os profissionais da eAB. Nos dois ciclos, esta variável foi

avaliada pela questão “No acompanhamento das gestantes, há registro sobre consulta odontológica da gestante? com opção de resposta dicotômica (sim, não). Contudo, no ciclo 3, esta pergunta foi precedida pela seguinte questão: “A equipe realiza consulta de pré-natal?”, também dicotômica (sim, não). Portanto, neste ciclo, a opção de resposta “não” incluiu aquelas equipes que não realizavam consulta de pré-natal. Entende-se que, uma equipe que não realizou o cuidado pré-natal também não realizou as ações relacionadas a ele.

O modelo teórico que orientou a escolha das variáveis e a análise dos dados foi construído a partir dos princípios da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁸ e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁹ (Figura 1, Arquivo suplementar). As variáveis referentes ao processo de trabalho das eAB e eSB foram selecionadas quando guardavam semelhança entre os ciclos (Quadros 1 e 2, Arquivo suplementar). Para algumas variáveis, as opções de respostas foram recategorizadas para permitir correspondência entre os ciclos 2 e 3. No ciclo 2, a variável “território” foi avaliada pela pergunta “Existe definição da área de abrangência da equipe”, respondida somente pelas equipes que relataram possuir mapas com desenho do território de abrangência. Aquelas equipes, que não possuíam mapas com desenho do território, foram somadas às que relataram não possuir definição da área de abrangência da equipe. No ciclo 3, a questão sobre uso da “caderneta da gestante” foi condicionada ao fato de a equipe realizar ou não pré-natal. Assim, as 648 equipes que não realizavam pré-natal foram incluídas no grupo das equipes que não utilizavam Caderneta da gestante.

Inicialmente, quatro bancos de dados foram extraídos do *website* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde em planilhas do Microsoft Excel®, sendo dois bancos correspondentes aos dados do módulo II em cada ciclo (1 – eAB ciclo 2; 2 - eAB ciclo 3) e dois com dados do módulo VI (3 - eSB ciclo 2; 4 - eSB ciclo 3). No módulo II, a unidade amostral foi a eAB nos dois ciclos, sendo que cada equipe foi identificada pelo código de Identificação Nacional de Equipe (INE). No módulo VI, em ambos os ciclos, cada eSB correspondeu a uma unidade amostral e foi identificada com o mesmo INE da eAB ao qual estava vinculada. Os bancos de dados foram vinculados sequencialmente utilizando a variável comum INE. Na primeira etapa, a vinculação teve como objetivo unir as informações dos ciclos 2 e 3 em um único banco, tanto para eSB como para eAB. Na etapa seguinte, a vinculação uniu as informações dos dois ciclos da eSB com aquelas das eAB. Uma análise de dados perdidos foi realizada para cada banco separadamente e para os bancos de dados vinculados, estimando-se a taxa de não resposta em cada etapa.

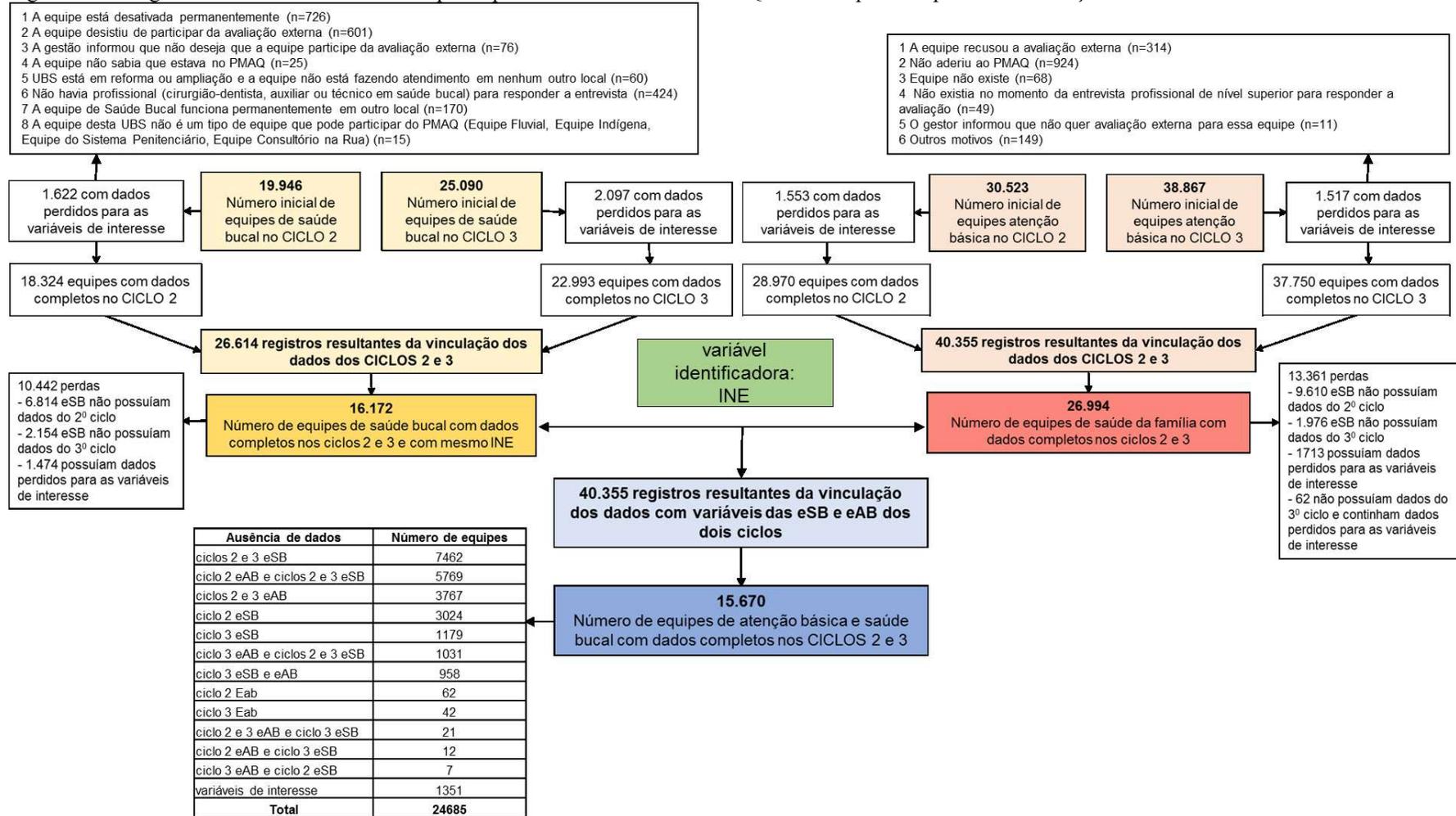
Análise estatística

Foi realizada análise descritiva para estimar a frequência de registro de consulta odontológica da gestante nos ciclos 2 e 3, independentemente. Uma análise comparativa da variável resposta e das variáveis de processo de trabalho da eAB e eSB entre os ciclos foi realizada para obtenção dos percentuais de equipes com variação positiva, ou seja, que mudaram seu processo de trabalho incorporando as ações e variação negativa, ou seja, que abandonaram algumas das ações no seu processo de trabalho. Essa análise foi realizada com os dados completos referentes à eSB ou eAB nos dois ciclos. Foi utilizado o teste de McNemar para testar a hipótese de que a variação positiva ou negativa é diferente de zero, ou seja, estatisticamente significativa. Um modelo de regressão logística multinível de efeitos fixos e interceptos randômicos foi empregado para avaliar a variação do registro da consulta odontológica da gestante pela eAB entre os ciclos e a associação entre as variáveis de processo de trabalho das eAB e eSB com esta variação. As estimativas foram obtidas em um modelo de três níveis com medidas repetidas e considerando a distribuição em *cluster* das equipes nas Unidades da Federação brasileiras²¹. Assim, o nível 1 é o período de avaliação, correspondendo aos ciclos 2 e 3, o nível 2 corresponde às equipes e o nível 3 à Unidade da Federação. O ajuste foi realizado por blocos. Inicialmente, no modelo 1, foi incluída a variável que define os ciclos de avaliação, para estimar a variação do registro da consulta odontológica da gestante pela eAB entre os ciclos. Em seguida, foram incluídas as variáveis referentes ao processo de trabalho da eAB (modelo 2) e da eSB (modelo 3). As mudanças nas medidas associação foram interpretadas buscando compreender o papel da variação no processo de trabalho das equipes na variação do registro consulta odontológica da gestante entre os ciclos 2 e 3. O Coeficiente de Correlação Intraclasse foi estimado para quantificar a proporção da variância do registro da consulta odontológica da gestante entre os ciclos, entre as equipes em uma dada Unidade da Federação (within-UF variation) e da variância do registro da consulta odontológica da gestante entre os ciclos das equipes entre diferentes UF (variação entre UF) em relação à variância total da variável resposta. Adicionalmente, a Mudança Proporcional na Variância foi calculada empregando a seguinte fórmula $MPV = (\text{variância no modelo 1} - \text{variância modelo 2}) / \text{variância modelo 1}$. Este modelo foi estimado considerando a amostra de equipes com dados completos referentes ao processo de trabalho da eSB e eAB nos dois ciclos. A construção do banco de dados e a análise de todas as variáveis do estudo foram realizadas no software Statistics/Data Analysis – STATA 16.0.

Resultados

Em relação às eSB, 19.946 equipes aderiram ao ciclo 2 (2013) e 25.090 ao ciclo 3 (2017) do PMAQ - AB. Para as eAB, 30.523 aderiram no ciclo 2 (2013) e 30.867 no 3 (2017). A Figura 1 ilustra a sequência de vinculação dos bancos de dados e as perdas em cada etapa. Um total de 16.172 e 26.994 eSB e eAB, respectivamente, possuíam dados completos para os dois ciclos. A amostra final obtida foi de 15.670, incluindo aquelas eSB vinculadas a uma eAB, com dados completos para as variáveis de interesse nos dois ciclos. Estas equipes estão distribuídas entre as Unidades da Federação brasileiras, com taxa de resposta >75% na maioria dos estados (Figura 2, Arquivo Suplementar).

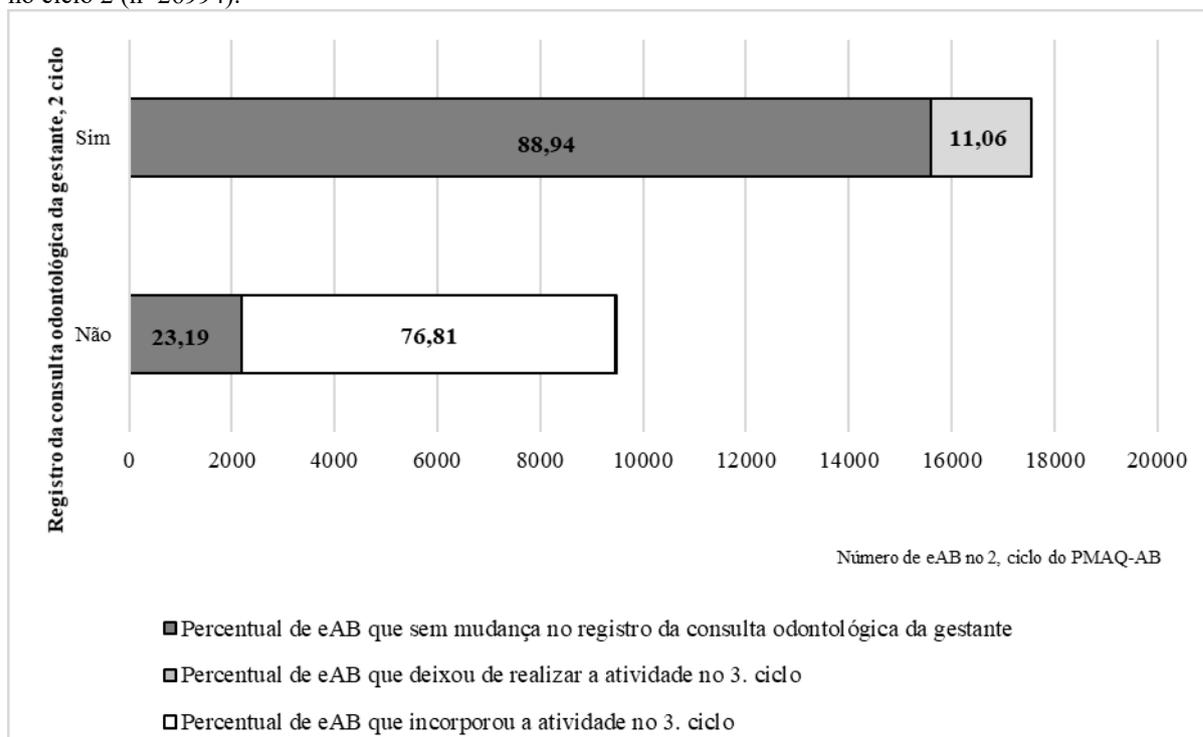
Figura 1. Fluxograma do número de eAB e eSB participantes de cada ciclo do PMAQ-AB e das perdas a partir da vinculação das bases de dados.



Fonte: Próprio autor.

O percentual de registro da consulta odontológica da gestante pelas eAB foi de 64,82% (n=19303) e 82,33% (n=30750) nos ciclos 2 e 3, respectivamente. A diferença entre a variação positiva (26,90%) e negativa (7,19%) foi de 19,71 (IC 95% 19,05; 20,37) e a razão entre elas foi de 3,74 (95% IC: 3,56; 3,94) (McNemar $\chi^2=3077,17$; $p<0.001$). Considerando o total de equipes que realizavam registro da consulta odontológica da gestante no ciclo 2, maior percentual incorporou esta prática no seu processo de trabalho no ciclo 3 (88,94%) comparado àquelas que deixaram de realizá-la (11,06%). Considerando as eAB que não realizavam o registro da consulta odontológica da gestante no ciclo 2, o percentual daquelas que não alteraram sua prática de registro foi menor (23,19%) comparado àquelas que a incorporou no ciclo 3 (76,81%) (Figura 2). O percentual de variação positiva e negativa apresentou diferenças entre as Unidades da Federação brasileiras (Tabela 1).

Figura 2. Percentual de Equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com a realização do registro de consulta odontológica da gestante no ciclo 3 do PMAQ-AB em relação ao número eAB que realizavam ou não o registro no ciclo 2 (n=26994).



Fonte: Próprio autor.

Tabela 1. Percentual de equipes segundo a realização do registro da consulta odontológica de gestante entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, de acordo com as Unidades da Federação.

Unidades da Federação	Registro da consulta odontológica de gestante pela eAB				
	Ação realizada nos dois ciclos	não nos	Variação positiva (ação incorporada no ciclo 3)	Variação negativa (ação abandonada no ciclo 3)	Ação realizada nos dois ciclos
Acre	20,00		16,47	43,53	20,00
Alagoas	3,76		22,86	6,47	66,92
Amazonas	23,15		39,62	5,73	31,50
Amapá	16,26		31,71	16,26	35,77
Bahia	8,77		36,95	6,89	47,39
Ceará	5,81		22,05	6,27	65,87
Distrito Federal	18,03		34,43	6,56	40,98
Espírito Santo	9,47		32,56	5,54	52,42
Goiás	12,49		28,78	11,04	47,69
Maranhão	10,77		29,85	10,77	48,61
Minas Gerais	12,57		27,66	8,66	51,12
Mato Grosso do Sul	0,25		18,80	1,75	79,20
Mato Grosso	9,66		26,47	9,03	54,83
Pará	9,04		27,7	7,87	55,39
Paraíba	3,15		38,93	0,94	26,98
Pernambuco	6,43		28,62	7,84	57,11
Piauí	5,30		31,57	4,58	58,55
Paraná	3,62		11,59	11,65	73,14
Rio de Janeiro	15,43		34,65	4,67	45,24
Rio Grande do Norte	1,11		16,77	2,96	79,16
Rondônia	19,44		18,89	16,11	45,56
Roraima	3,45		39,66	6,90	50,00
Rio Grande do Sul	5,01		31,79	5,56	57,65
Santa Catarina	2,71		24,07	3,29	69,93
Sergipe	5,63		15,77	10,42	68,17
São Paulo	6,96		18,42	8,24	66,38
Tocantins	3,63		28,70	4,23	63,44
Brasil	8,12		26,90	7,19	57,79

Fonte: Próprio autor.

As variações positivas e negativas no processo de trabalho das eSB e eAB, a diferença entre essas variações e o resultado do teste de hipótese foram demonstrados na tabela 2. As tabelas 1 e 2 do arquivo suplementar demonstram a distribuição das equipes de acordo com o processo de trabalho em cada ciclo, independentemente. Com relação ao processo de trabalho das eSB, as maiores diferenças foram observadas para registro em prontuário eletrônico (PE), realização de autoavaliação e planejamento das ações. A variação negativa foi maior do que a positiva para continuidade do tratamento e a resolução de casos complexos. Houve variação positiva para 9 das 11 variáveis de processo de trabalho das eAB destacando as maiores diferenças entre a variação positiva e negativa com relação a organização da agenda em relação ao risco, o apoio institucional, a autoavaliação, a posse de mapa do território de abrangência e o apoio para a resolução de casos complexos. Não houve variação significativa na variável planejamento das ações pelas eAB entre os dois ciclos. Embora 1,85% das equipes tenham deixado de usar a caderneta da gestante, essa variação não foi significativa (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de eAB e eSB que não alteraram o processo de trabalho (realizaram ou não as ações em ambos os ciclos), com variação positiva ou negativa entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB. 2013 e 2017.

	Ação não realizada nos dois ciclos	Variação positiva	Variação negativa	Ação realizada nos dois ciclos	Diferença entre variação positiva e negativa (95% CI) *	Valor de p
Processo de trabalho das eAB (n=26994)						
eAB participou de ações de educação permanente	86 (0,32%)	1543 (5,72%)	603 (2,23%)	24762 (91,73%)	+ 3,48 (3,14;3,82)	<0,001
eAB realizou ação de planejamento das ações	80 (0,30%)	738 (2,73%)	740 (2,74%)	25436 (94,23%)	- 0,01 (-0,01;0,02)	0,979
eAB recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	508 (1,88%)	3240 (12,00%)	1417 (5,25%)	21829 (80,87%)	+ 6,75 (6,26;7,24)	< 0,001
eAB possuía informações para análise de situação de saúde disponibilizadas pela gestão	476 (1,76%)	2361 (8,75%)	1662 (6,17%)	22495 (83,33%)	+ 2,59 (2,33;3,05)	< 0,001
eAB realizou processo de autoavaliação	768 (2,85%)	3523 (13,05%)	1740 (6,45%)	20963 (77,63%)	+ 6,61 (6,09;7,13)	<0,001
eAB realiza reunião de equipe	8 (0,03%)	339 (1,26%)	123 (0,46%)	26524 (99,51%)	+ 0,80 (0,64; 0,96;)	<0,001
eAB recebeu apoio na resolução de casos complexos	120 (0,44%)	1788 (6,62%)	344 (1,27%)	24742 (91,66%)	+ 5,35 (5,02;5,68)	<0,001
eAB com área de abrangência definida	374 (1,39%)	2586 (9,58%)	1010 (3,74%)	23024 (84,29%)	+ 5,83(5,40;6,27)	<0,001
eAB garantia o agendamento da consulta de retorno ao usuário	349 (1,29%)	2369 (8,78%)	1348 (5,10%)	22898 (84,83%)	+ 3,67 (3,22;4,12)	< 0,001
eAB possuía agenda programada de acordo com risco	345 (1,28%)	4462 (16,53%)	471 (1,74%)	21716 (80,457%)	+ 14,78(14,30;15,27)	<0,001
eAB usou Caderneta da gestante	105 (0,39%)	480 (1,78%)	499 (1,85%)	25910 (95,98%)	- 0,07 (-0,03;0,16)	0,565
Processo de trabalho das eSB (n=16172)						
eSB realizou planejamento das ações	376 (2,33%)	2373 (14,67%)	875 (5,41%)	12548 (77,59%)	+ 9,26 (8,58;9,94)	<0,001
eSB realizou processo de autoavaliação	1390 (8,60%)	3832 (23,70%)	1396 (8,63%)	9554 (59,08%)	+ 15,06 (14,21;15,91)	<0,001
eSB participou das reuniões da eAB	141 (0,87%)	858 (5,31%)	610 (3,77%)	14563 (90,05%)	+ 1,53 (1,06;2,03)	<0,001
eSB recebeu apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos	52 (0,32%)	590 (3,65%)	902 (5,58%)	14628 (90,45%)	-1,93 (-1,46; -2,40)	< 0,001
eSB atuou em duas ou mais eAB	1125 (6,96%)	1009 (6,24%)	1000 (6,18%)	13038 (80,62%)	+ 0,06 (0,05;0,07)	0,858

eSB garantiu consultas odontológicas de demanda espontânea e programada na agenda	123 (0.76%)	1499 (9,27%)	453 (2,80%)	14097 (87,17%)	+ 6,47 (5,94;7,00)	<0,001
eSB garantiu agendamento de consulta de retorno	426 (2.63%)	889 (5,55%)	2044 (12,64%)	12804 (79,17%)	-7,09 (-6,43; -7.74)	<0,001
eSB possui prontuário eletrônico implantado	10046 (62.10%)	4706 (29,10%)	161 (1,00%)	1262 (7,80%)	+ 28,10 (27,37;28,84)	< 0,001

Fonte: Próprio autor. O sinal positivo indica que a variação positiva foi maior do que a variação negativa, ou seja, houve maior percentual de equipes incorporando o processo de trabalho no ciclo 3 comparado ao percentual daquelas que abandonaram tal ação. O sinal negativo indica que a variação negativa foi maior do que a variação positiva, ou seja, houve maior percentual de equipes que abandonaram a ação no seu processo de trabalho no ciclo 3 comparado ao percentual daquelas que a incorporaram.

O modelo de regressão evidenciou uma maior chance de incorporação da realização do registro da consulta odontológica da gestante pelas eAB entre os ciclos 2 e 3 comparado ao abandono deste processo de trabalho (tabela 3). O valor da medida de associação foi 4,74 (4,40;5,11) no modelo 1, sem a inclusão das variáveis de processo de trabalho das equipes. Observou-se uma redução nesta medida de associação no modelo 2 com a inclusão das variáveis referentes ao processo de trabalho da eAB, indicando que parte desta variação no registro da consulta odontológica da gestante pode ser explicada pela variação do processo de trabalho das equipes entre os ciclos. Além disto, observou-se que o processo de trabalho mais favorável da eAB foi significativamente associado com a maior realização de registro da consulta odontológica da gestante pelas eAB no período de avaliação. Houve maior frequência de incorporação de registro da consulta odontológica da gestante pelas eAB, quando elas participaram de ações de educação permanente, realizaram ações de planejamento, de autoavaliação e reuniões de equipe, usaram Caderneta da gestante, quando possuíam uma área de abrangência/território definido e informações para análise da situação de saúde disponibilizada pela gestão, agenda programada de acordo com o risco e garantiam a marcação da consulta de retorno ao usuário.

A inclusão das variáveis referentes ao processo de trabalho da eSB representou uma redução adicional na medida de associação entre os ciclos, e também uma redução nas medidas de associação entre as variáveis de processo de trabalho da eAB com a variável resposta. Este resultado sugere que o processo de trabalho mais favorável da eSB quanto ao registro da consulta odontológica da gestante, por si só, pode também contribuir para explicar a melhoria nos registros da consulta odontológica da gestante pela eAB, mas, que parte do efeito do processo de trabalho da eAB pode ser explicado pelo processo de trabalho mais favorável da eSB. Observou-se maior chance de incorporação do registro da consulta odontológica da gestante pela eAB quando as eSB a elas vinculadas realizaram planejamento das ações, autoavaliação, reuniões com a eAB, existia matriciamento, a agenda garantia consulta de retorno, atendimento agendado, além de atendimento por demanda espontânea, possuíam Prontuário Eletrônico e atuavam em uma única eAB.

A decomposição das variâncias e a análise dos Coeficientes de Correlação Intraclasse a partir do modelo 1 demonstram que a variação do registro da consulta odontológica da gestante foi maior entre as equipes de uma dada UF do que entre as equipes de diferentes UF. A inclusão das variáveis de processo de trabalho da eAB e eSB contribuíram para explicar maior percentual

da variância do registro de consulta odontológica da gestante entre as equipes de uma dada UF do que a variação deste registro entre as equipes de diferentes UF.

Tabela 3. Resultado do modelo de regressão multinível para identificar a variação do registro da consulta odontológica da gestante entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB e o efeito das variáveis de processo de trabalho das eAB e eSB nesta variação (n=15670).

	Inclusão da variável ciclo	Inclusão das variáveis referentes ao processo de trabalho das eAB	Inclusão das variáveis referentes ao processo de trabalho das eSB
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Ciclo 2	1	1	1
Ciclo 3	4,74(4,40;5,11)	3,96(3,67;4,28)	3,40(3,14;3,70)
Processo de trabalho da eAB**			
eAB participou de ações de educação permanente		1,51(1,32;1,74)	1,45(1,27;1,67)
eAB realizou planejamento das ações		1,66(1,38;1,99)	1,49(1,25;1,79)
eAB possuía informações para análise de situação de saúde disponibilizadas pela gestão		1,41(1,26;1,57)	1,32(1,19;1,47)
eAB realizou processo de autoavaliação		1,51(1,38;1,67)	1,22(1,11;1,35)
eAB realiza reunião de equipe		1,49(1,10;2,02)	1,37(1,01;1,85)
eAB com área de abrangência definida		1,55(1,39;1,72)	1,39(1,25;1,55)
eAB garantia o agendamento da consulta de retorno ao usuário		1,37(1,23;1,52)	1,32(1,19;1,46)
eAB possuía agenda programada de acordo com risco		1,99(1,81;2,19)	1,85(1,68;2,03)
eAB usou Caderneta da gestante		9,45(7,63;11,69)	8,91(7,20;11,0)
Processo de trabalho da eSB			
eSB realizou planejamento das ações			1,22(1,11;1,33)
eSB realizou processo de autoavaliação			1,56(1,45;1,68)
eSB participou das reuniões da eAB			1,54(1,35;1,75)
eSB recebeu apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos			1,20(1,04;1,38)
eSB atuou em duas ou mais eAB			0,78(0,71;0,87)
eSB garantiu consultas odontológicas de demanda espontânea e programada na agenda			1,15(1,03;1,29)
eSB garantiu agendamento de consulta de retorno			1,18(1,06;1,31)
eSB possui prontuário eletrônico implantado			1,59(1,42;1,77)
var (cons [UF])	1,27(1,10;1,48)	1,23(1,08;1,40)	1,18(1,06;1,32)
MPV		3,53%	3,82%
var(cons [UF>INE])	1,55(1,33;1,80)	1,23(1,07;1,43)	1,14(0,99;1,31)
MPV		20,54%	7,69%
ICC UF	0,061 (0,034; 0,11)	0,056 (0,03;0,10)	0,05 (0,03;0,09)
ICC INE/UF	0,17 (0,13;0,22)	0,11 (0,07;0,17)	0,08 (0,05;0,14)

UF: Unidade da Federação; INE: Identificação Nacional de Equipe, variável comum nos bancos de dados, que identifica as medidas repetidas de uma mesma equipe.

**As variáveis “A eAB recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho” e “A eAB recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos” não foram significativamente associadas à variação do registro de consulta odontológica de gestante.

Discussão

Os resultados encontrados demonstram a incorporação ou abandono do registro da consulta odontológica por parte das eSB e eAB quando comparados dois ciclos avaliativos do PMAQ-AB. As ações escolhidas para essa análise do processo de trabalho das equipes neste estudo estão embasadas no modelo teórico apresentado. A criação da PNSB se deu em 2004, fato que ocorreu previamente a criação da PNAB (2006), portanto, serviu de direcionamento para a inclusão das atribuições das eSB na política de saúde.

Houve uma variação positiva no registro da consulta odontológica de gestantes pelas eAB, indicando uma possível melhoria do acesso das gestantes ao pré-natal odontológico. Os achados deste estudo sugerem que melhorias no processo de trabalho da eAB e da eSB contribuíram para a variação positiva no registro da consulta odontológica de gestante. As mudanças no processo de trabalho favoreceram a melhoria no registro da consulta odontológica da gestante. As variáveis “agenda programada de acordo com risco” da eAB e, “planejamento de ações” e “autoavaliação” da eSB foram os aspectos que mais contribuíram para essa mudança. Adicionalmente, o modelo sugeriu que melhorias no processo de trabalho da saúde bucal também diminuem o efeito do processo de trabalho da atenção básica, ou seja, há uma ação conjunta das equipes para o resultado avaliado.

Outras variáveis externas, não avaliadas neste trabalho, podem também ser consideradas para compreender a variação do registro da consulta odontológica de gestante entre os ciclos. A incorporação dessa ação pelas equipes ao longo dos ciclos pode ser resultante da implementação de políticas/programas e a produção de evidências que reforçam a importância do pré-natal odontológico. Outra possibilidade pode ser uma mudança no perfil das próprias gestantes, com maior procura por cuidado odontológico durante o pré-natal, como consequência da maior disponibilidade de informações nas redes sociais sobre o tema. Melhores condições socioeconômicas podem significar maior grau de instrução tanto pelos profissionais de saúde quanto por parte das gestantes, aspectos esses que favorecem o acesso da gestante^{24,25}. Apesar deste achado, há estudos que ainda apontam para a necessidade de melhoria do acesso da gestante a saúde bucal¹³ e a dificuldade da mesma em acessar o serviço público²⁶.

Observou-se também, para a maioria das variáveis, melhorias no processo de trabalho tanto das eSB quanto das eAB. Destaca-se uma variação positiva significativa no planejamento das ações pelas eSB, e ausência de variação para eAB. Observou-se que mais de 90% das eAB já realizavam esta ação no ciclo 2, sem mudanças no ciclo 3, indicando ser uma ação consolidada

para estas equipes. O aumento significativo desta ação quando realizada pelas eSB pode ser explicado pela necessidade de organização do serviço percebida pelos profissionais da saúde bucal. No entanto sabe-se que os profissionais da eSB tendem a realizar um trabalho muito técnico não dedicando seu tempo para o planejamento das ações²⁶. O planejamento das ações é entendido como uma forma de dinamizar e diminuir as práticas fragmentadas²⁷. Apesar disso, não houve diferença significativa quando esta ação foi realizada pelas eAB. Uma das hipóteses é de que esta ação já faça parte do dia a dia dessas equipes, assim como o uso da caderneta da gestante que não houve diferença significativa, ou seja, já são ações consolidadas e ainda mais incipientes para as eSB.

A autoavaliação é a avaliação que alguém faz sobre si mesmo. Houve uma variação significativa tanto para eSB como para eAB, sendo maior para as eSB. A avaliação é importante para que as equipes façam o acompanhamento das ações e conheçam suas falhas. Além disso, é durante a autoavaliação que há uma integração das equipes da mesma unidade de saúde para que consigam alinhar suas estratégias para o cuidado em saúde da população²⁸, havendo uma responsabilização do coletivo pela mudança da situação identificada como problema²⁹. A avaliação não deve ser vista como algo punitivo, mas sim como um controle de qualidade dos serviços prestados³⁰.

Ao analisar a frequência da reunião de equipe tanto para as eSB quanto eAB houve um aumento discreto. Isso pode significar uma consolidação desta ação no processo de trabalho das equipes. Estabelecer uma agenda semanal para a reunião de equipe favorece a comunicação contínua contribuindo para articulação da equipe e a troca de informações. Este é um momento para a socialização do perfil da demanda atendida no acolhimento e das informações obtidas nas visitas domiciliares³¹. Entretanto, pode não haver troca de saberes entre os profissionais das equipes pela dificuldade em reunirem-se a fim de organizar o processo de trabalho²³. Em alguns casos, a eSB também pode não se sentir parte da equipe da unidade de saúde na qual atua³².

A diminuição do apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos para as eSB pode ser explicado pela dificuldade desses profissionais em atuar com equipes multiprofissionais³². O cirurgião dentista muitas vezes se concentra nas intervenções restritas à cavidade oral dificultando a troca de informações sobre a saúde da gestante²⁶. No entanto o aumento significativo desse apoio para os profissionais das eAB destaca importância da troca de informações sobre a saúde dos usuários/gestantes para a garantia da integralidade do cuidado. É necessário que as práticas sejam compartilhadas pelos profissionais para que haja

corresponsabilização pelo usuário³³. Sabe-se que o estabelecimento de vínculo e cuidado longitudinal favorecem a construção do cuidado em saúde.

A melhora no tipo de atendimento da eSB e na programação da agenda para o atendimento da gestante na eAB, demonstram que as equipes passaram a organizar melhor o seu processo de trabalho, ou seja, o atendimento da demanda programada passou a ser maior do que o demanda espontânea (urgências e/ou casos agudos). Isso demonstra um avanço no planejamento e organização por parte das equipes, apesar da busca pelo serviço odontológico por parte das gestantes ainda ocorrer mediante sintomas ou patologias²⁶.

Em contradição houve uma diminuição na possibilidade de o usuário/gestante conseguir dar continuidade do tratamento o que pode ser traduzido pelo pouco envolvimento do cirurgião-dentista com as condições de vida da população³². Ainda há obstáculos tanto para a estruturação da marcação da consulta odontológica quanto para a realização do acolhimento da demanda espontânea³⁴. Quando analisada a possibilidade de marcar consulta com a eAB, a incorporação desta ação aumenta a chance de atendimento da gestante para a realização do pré-natal, contribuindo também, para o acesso da gestante a consulta odontológica.

A significativa melhora no número de eSB que passaram a utilizar o PE para o registro de informações se deve ao fato da obrigatoriedade imposta pelo MS de utilização desse instrumento³⁵. O registro das informações do usuário deve ocorrer no PE para favorecer a integração das equipes através da disponibilização de informações sobre os usuários para análise da situação de saúde daquela população. Apesar da orientação para que o trabalho dos profissionais das eAB e eSB estejam articulados e integrados, isso ainda é um desafio para os profissionais³⁴. Há possibilidade de sensibilização de gestores quanto à necessidade de melhoria na qualidade do registro dos dados³⁶.

O apoio institucional favorece a inserção do apoiador no dia a dia das equipes, o que acaba contribuindo para uma análise dos aspectos que interferem na atuação dos profissionais. Além disso, é importante no acompanhamento e construção dos processos de mudança nas práticas gerenciais²⁹. A melhora desse apoio pode ser explicada junto a melhoria uniforme das ações que compõem o processo de trabalho. Entretanto, ainda há dúvidas de como esse apoio acontece na medida em que há uma grande rotatividade de profissionais e a capacidade da gestão em capacitá-los³⁷.

A gestão deve ser compartilhada e as informações sobre o território devem estar disponíveis para que os profissionais consigam realizar suas ações de forma mais resolutiva²⁹. O aumento

da disponibilização de informações para análise da situação de saúde da população e a posse de mapas do território favorecem para que essas condutas sejam mais efetivas. Quando se sabe onde as gestantes residem, aumenta-se a possibilidade de realização de um pré-natal adequado para o risco em que ela é classificada, através da realização de busca ativa.

Nesse sentido, a capacitação dos profissionais através de ações de educação permanente pode contribuir com o desenvolvimento profissional, sensibilizá-los para as questões que requerem mais atenção e assim, qualificar o processo de trabalho³⁸. Apesar das barreiras de acesso existentes¹³, é importante que a saúde bucal durante a gestação seja discutida pelos profissionais envolvidos no pré-natal para que assim ela se sinta mais confiante em realizar a consulta²⁵. Este estudo pode contribuir para o desenvolvimento de ações multiprofissionais para que os profissionais sejam capazes de orientar e alertar as gestantes da correta realização de pré-natal, incluindo o pré-natal odontológico. Sabe-se, também, da importância da utilização de espaços coletivos para as ações de educação em saúde e captação dessas gestantes por se tratar de um momento cheio de medos e inseguranças³⁹.

Os resultados devem ser analisados à luz das limitações. A metodologia utilizada pelo PMAQ-AB inclui a adesão voluntária ao programa, o que pode resultar em viés de seleção à medida que aquelas equipes que aderiram poderiam representar melhores condições de processo de trabalho superestimando os resultados. Adicionalmente, o bom desempenho das equipes estava atrelado ao recurso financeiro recebido. Algumas adaptações temporais também foram necessárias para a correspondência das variáveis analisadas nos dois momentos. Essa condição pode levar a um condicionamento positivo, ou seja, um viés de resposta, conduzindo a respostas mais favoráveis pelas equipes por saberem previamente que se tratavam de processos avaliativos. Além disso, houve uma grande perda de equipes pelas condições de análise impostas. Esta perda pode resultar numa superestimativa das frequências de registro de atendimento odontológico da gestante, uma vez que aquelas equipes que não participaram de um ou outro ciclo podem apresentar resultados mais desfavoráveis com relação ao registro da consulta odontológica da gestante. Contudo, mesmo após a exclusão de muitas equipes para fins de análise, elas estavam distribuídas em todos os estados brasileiros, acompanhando a distribuição do total de equipes brasileiras. Deve-se destacar que este estudo possibilitou demonstrar as variações do processo de trabalho das eSB ao longo de dois ciclos avaliativos e a capilaridade da atenção à saúde bucal da gestante. A inclusão de variáveis explicativas da

diferença do registro odontológico de gestante entre as UF brasileiras deverá ser objeto de estudos futuros.

Conclusão

Houve uma melhora do registro da consulta odontológica da gestante entre os dois ciclos. O processo de trabalho da eAB favoreceu o registro de consulta odontológica da gestante, contribuindo para explicar a variação observada entre os dois ciclos. O processo de trabalho da eAB também contribuiu para explicar a variação do registro da consulta odontológica ao longo dos ciclos, e parte do efeito observado entre o processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e o registro da consulta odontológica de gestante.

Referências

1. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM. Prenatal care and public policies for women's health: Integrative review. *Braz. j. health promot*, 2015;28(1):140-148.
2. Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 21, n. 3, p. 1139-1160. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020>.
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016. 172p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica número 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 32, 2013. 320p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
5. Silva FWGP, Situani AS, Queiroz A. Atendimento Odontológico à Gestante - Parte 1: Alterações Sistêmicas. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 47. 19-23. 2006. 10.22456/2177-0018.2955.
6. Suárez JLC, Guzmán LMD, Zárata OG. Estados fisiológicos especiales. In: Medicina en odontología: manejo dental de pacientes com enfermidades sistêmicas. 2ªed. México, 2002. p. 291-304.
7. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. <http://conselho.saude.gov.br/images/relatorioiconferencianacionaldesaudebnucal.pdf>.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

- Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
9. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health*. Outubro de 2017; 5 (10): e977-e983. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30325-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30325-X/fulltext).
10. Gill K, Pande R, Malhotra A. Women deliver for development. *Lancet*. 2007 Oct 13;370(9595):1347-57. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61577-3
11. Oliveira A, *et al*. Cobertura da atenção em saúde bucal a gestantes na estratégia de saúde da família em Rio Branco-Acre no período de 2015 a 2018. *Ciência em Foco*. 2020; 4(1): 55 – 74. <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/449>
12. Neves RG *et al*. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. *Epidem e Serv de Saúde* [online]. 2020, v. 29, n. 1. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100008>
13. Rocha JS *et al*. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cad de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 8.
14. Santos Neto, Edson Theodoro dos *et al*. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 11, p. 3057-3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100022>
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 66p.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38p.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Versão preliminar. Brasília: 2017. 89p.
18. Prudêncio PS, Mamede FV. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 39, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>.
19. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) [site], 2021. <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.
21. Hair JF, Fávero LP. Multilevel modeling for longitudinal data: concepts and applications. *RAUSP Management Journal*. v. 54, n. 4, p. 459-489. Out./dez. 2019. <https://doi.org/10.1108/RAUSP-04-2019-0059>.
22. Medeiros OL *et al.* Delivering maternal and childcare at primary healthcare level: The role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil. *PLoS one* vol. 15,10 e0240631. 15 de outubro de 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0240631.
23. Santiago AFMF *et al.* O processo de trabalho das equipes de saúde da família antes e após adesão do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Rev Ciência Plural*, v.6, n.3, p.53-72, set. 2020.
24. Esposti CDD, Cavaca AG, Côco LSA, Santos-Neto ET, Oliveira AE. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. *Saúde Soc*. 2016; 25(1):19-30. DOI: 10.1590/S0104-12902016141706
25. Konzen DJJr, Marmitt IP, Cesar JA. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24(10):3889- 96. DOI: 10.1590/1413-812320182410.31192017
26. Cunha RO, Leite ICG. Condição de saúde bucal e a percepção sobre atenção odontológica de gestantes. *HU Revista*, v. 47, p. 1–8, 2021. DOI: 10.34019/1982-8047.2021.v47.32463
27. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-28, 2000.
28. Ferreira LR, Silva Júnior JA, Arrigotti T, Neves VR, Rosa AS. Influences of the program for access and quality improvement in work processes in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03407. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017046403407>.
29. Santos AF *et al.* Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. *Rev Saúde Pública* 2015; v.54. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005519>.
30. Contandriopoulos A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.
31. Escalda P, Parreira CMSF. Dimensiones del trabajo interprofesional y prácticas colaborativas desarrolladas en una unidad básica de salud, por equipo de Salud de la Familia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1717-27.
32. Moraes LB, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios

da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 25, n. 1, pp. 171-186. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100010>

33. Fonseca S, Machado ATGM, Lima AMLD, *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde debate* [internet]. 2014; 38(esp):83-93. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0083.pdf>

34. Scherer CI *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe2, pp. 233-246. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>.

35. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução Nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. 2016. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0007_24_11_2016.html.

36. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1731-1745, 2011.

37. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [online], v. 39, n. 107, p. 1033-1043, Out./dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070360>.

38. Castro CP, Campos GWS. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trab Educ Saude*. 2014;12(1):29-50. DOI:10.1590/S1981-77462014000100003.

39. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Res* 2018; 52:139-152. doi: 10.1159/000481407.

5.2 Produto técnico

Proposta de Webnário em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde / MG

“Encontro com Ciência: o registro da consulta odontológica da gestante na APS/ PMAQ-AB 2º e 3º Ciclo - 2013/2014 - 2017/2018”.

Dados do Solicitante:

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
Nome do responsável: Amanda Lívia Lopes
Email: amanda_livia_lopes@hotmail.com

Objetivos da Ação:

a) Divulgar dados do estudo com os resultados de MG;

- b) Possibilitar as eAB e eSB de Minas Gerais reconhecer a importância das variáveis de planejamento e processo de trabalho no registro da consulta odontológica da gestante;
- c) Subsidiar as eSB para o planejamento de estratégias para a melhoria da atenção à gestante na atenção primária.

Publico-Alvo:

Referências Regionais do Estado de Minas Gerais
Equipe de Coordenação da Secretaria Estadual de Saúde de MG

Metodologia:

Apresentação dos resultados do trabalho de pesquisa da aluna Amanda Lívia Lopes do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da FAOUFMG. Exposição dialogada.

Resultados esperados:

Possibilitar trocas de experiências entre os participantes.

Local: Plataforma Virtual – Zomm

Data: Novembro/Dezembro 2021

Avaliação e Certificação:

Avaliação da presença dos convidados – referências regionais

Comissão Organizadora

Amanda Lívia Lopes
Jacqueline Silva Santos
Mara Vasconcelos
João Henrique Lara do Amaral
Maria Augusta Rodrigues de Oliveira

5.3 Outras produções

- Bolsista do Ministério da Saúde - Projeto SB Brasil 2020 (ANEXO B):

- Participação na elaboração de vídeo aulas sobre cárie dentária para dentição decídua e permanente, necessidade de tratamento (ANEXO C). As vídeo aulas visam o treinamento e calibração das equipes farão os exames na população brasileira.
- Colaboração na elaboração do Consolidado da consulta pública do projeto SB Brasil 2020.
- Participação na construção do acervo de fotos para a calibração *in lux* dos examinadores.

- Resumo “Análise do processo de trabalho das equipes de atenção básica: uma perspectiva do PMAQ-AB” apresentado no XV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais no dia 18 de junho de 2021 (ANEXO D).

- Menção Honrosa pelo trabalho intitulado “Análise do processo de trabalho das equipes de atenção, básica: uma perspectiva do PMAQ-AB” no XV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais no dia 18 de junho de 2021 (ANEXO E).

- Participação na elaboração do artigo científico intitulado “User satisfaction with the secondary oral health services: is there an association with structure and work process?”. Artigo submetido para publicação na Revista Community Dentistry and Oral Epidemiology (ANEXO F).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse trabalho ampliou a minha compreensão sobre as políticas públicas de atenção ao pré-natal revelando a importância do cuidado a esse segmento como garantia de uma maternidade segura e saudável para a gestante. O acesso da gestante à consulta odontológica pode indicar a consolidação da política de atenção integral à saúde da mulher e do bebê.

Os resultados encontrados neste estudo podem auxiliar os gestores e profissionais de saúde na organização do processo de trabalho das equipes no alcance de indicadores de novos programas, como o Previne Brasil, que trata de questões relacionados ao pré-natal.

Outros estudos podem ser realizados sobre a satisfação do usuário através da experiência de mulheres gestantes, contribuindo na incessante busca da melhoria do acesso e qualidade dos serviços. Sugere-se, também, a realização de uma análise comparativa entre as diferentes regiões do país para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, Mai./jun, 2004.
- ALVES, E. *et al.* Family structure and use of prenatal care. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 31, n. 6, p. 1298-1304, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00052114>>. Acesso em: 12 de setembro de 2021.
- BAHRAMIAN, H. *et al.* Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**. Tehran, v.18, p. 153, Dec. 2018.
- BASTIANI, C. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clín. Cien.** Recife, v. 9, n. 2, 155-160, Abr./jun., 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56p. Disponível em: <<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>>. Acesso em: 04 de outubro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **Nota Informativa: Componente desempenho – Financiamento federal para a atenção básica dos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA_INFORMATIVA_DESEMPENHO_revisao.pdf>. Acesso em: 18 de setembro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 58p. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-do-pre-natal-do-parceiro-para-profissionais-de-saude/>>. Acesso em: 4 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Resolve, **Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> . Acesso em: 04 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> . Acesso em: 04 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 04 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 230 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/images/relatorioiconferencianacionaldesaudebnucal.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada - Manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf – 2. ed.** – Brasília: 2015a. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica número 32: **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 32, 2013. 320p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 16 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa nacional de saúde materno-infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 114p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF**

(Saúde da Família ou Parametrizada). Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 129 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal (Equipe de Saúde Bucal e Equipe Parametrizada de Saúde Bucal)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: **Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: **Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Versão preliminar. Brasília: 2017b. 89 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal: Cadernos de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, 2021. Disponível em: < <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. **Assistência pré-natal**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. 40 p.

BRASIL. Parceria entre Ministério da Saúde (MS), FEBRASGO, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Projeto Maternidade Segura**. Folheto de divulgação. 1995. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002455.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2021.

CAVALCANTI, P. C. S.; NETO, A. V. O.; SOUZA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, Abr./jun. 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NxZFLmRmTgyTCCBYxRHm8L/?lang=pt>>. Acesso em: 20 set. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 29-48. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>>. Acesso em: 18 set. 2021.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It be Assessed? **Journal of the American Medical Association**, Boston, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

GILL, K.; PANDE, R.; MALHOTRA A. Women deliver for development. **The Lancet**, v. 370, n.9595, p. 1347-57. 2007.

HAIR, J. F.; FÁVERO, L. P. Multilevel modeling for longitudinal data: concepts and applications. **RAUSP Management Journal**. [S.l.], v. 54, n. 4, p. 459-489. Out./dez. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/RAUSP-04-2019-0059>>. Acesso em: 6 out. 2021.

HARTZ, Z; SILVA, L. (org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. 1ª edição. 2ª reimpressão. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 275p.

JORGE, H. M. F. *et al.* Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, Jan./mar., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864>>. Acesso em: 18 set. 2021.

MAHLER, H. The safe motherhood initiative: a call to action. **Lancet**, v.329, n.8534, p.668-70. 1987. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(87\)90423-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(87)90423-5/fulltext)>. Acesso em: 4 out. 2021.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. de Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate** [online]. [S.l.], v. 39, n. 107, p. 1033-1043, Out./dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420161070360>>. Acesso em: 12 set. 2021.

MOLLER, Ann-Beth *et al.* Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 10, p. 977-983, Out. 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30325-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30325-X/fulltext)>. Acesso em: 20 set. 2021.

NEVES, R. G. *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidem e Serv de Saúde** [online], [S.l.], v. 29, n. 1. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100008>>.

OLIVEIRA, A. *et al.* Cobertura da atenção em saúde bucal a gestantes na estratégia de saúde da família em Rio Branco-Acre no período de 2015 a 2018. **Ciência em Foco**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 55-74. 2020. Disponível em: <<http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/449>>.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do desenvolvimento humano. **As metas de desenvolvimento de milênio: Metas, Objetivos e Indicadores**. Brasília, 2003. 3p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metas_desenvolvimento_milenio.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2021.

PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. **Rev. Gaúcha Enferm.** [S.l.], v. 39, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>>. Acesso em: 13 de setembro 2021.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020>>. Acesso em: 20 de setembro 2021.

ROCHA, J. S. *et al.* Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. **Cad de Saúde Pública** [online], [S.l.], v. 34, n. 8. 2018.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 11, p. 3057-3068. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100022>>.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública** [online], [S.l.], v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>>. Acesso em: 8 de setembro de 2021.

SILVA, F.W.G.P.; STUANI, A.S.; QUEIROZ, A.L. Atendimento odontológico a gestante – parte 1: Alterações sistêmicas. R. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 19-23, 2006.

SILVEIRA, J.L.G.C.; ABRAHAM, M.W.; FERNANDES, C.H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não-aderentes ao tratamento. **Rev. APS**, v. 19, n. 4, p. 568-574, out.-dez. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO (SBIM). **Calendário de Vacinação SBIm Gestante**: Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2021/2022. 2021. Disponível em: < <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf> >. Acesso em: 04 de outubro de 2021.

SUÁREZ, J. L. C.; GUZMÁN, L. M. D.; ZÁRATE, O. G. Estados fisiológicos especiais. In: Medicina en odontología: manejo dental de pacientes com enfermedades sistémicas. 2ªed. México, 2002. p. 291-304.

TANAKA, O.U.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.17, n4, p.821-8. 2012.

TEIXEIRA, F. T.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a Dificil Construção de um Sistema Universal da Sociedade Brasileira. In: **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBok, 2014. p. 121-137.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization, 2016. 172p. Disponível em: < <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> >. Acesso em: 04 de outubro de 2021.

APÊNDICE A – Arquivo suplementar

Arquivo suplementar

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram consideradas como referencial teórico para este estudo. Essas políticas públicas enfatizam a organização da atenção à saúde no SUS, por meio das diretrizes de universalidade, integralidade da atenção, acessibilidade e continuidade do cuidado. Na Figura 1 estão listadas as ações que devem ser realizadas pelas equipes e que estão relacionadas ao cuidado da gestante.

Figura 1 – Ações listadas na PNAB e PNSB relacionadas ao cuidado da gestante na atenção básica.



Fonte: BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica (2017).
BRASIL, Política Nacional de Saúde bucal (2004).

Foi realizada uma análise inicial de comparabilidade das variáveis dos 3 ciclos do PMAQ – AB. Entretanto, os dados do ciclo 1 não permitiram verificar a comparabilidade das variáveis dos 3 ciclos ao longo do tempo. Em função disso, foram analisadas variáveis dos

ciclos 2 e 3. Todas as perguntas do Módulo II (Equipes de Atenção Básica) e VI (Equipes de Saúde Bucal) dos dois ciclos foram analisadas. Em seguida foram selecionadas as variáveis referentes a categoria processo de trabalho que guardavam uma correlação com o cuidado à gestante no âmbito do SUS e apresentavam semelhança entre si, permitindo a comparação entre o ciclo 2 e ciclo 3. Onze variáveis foram escolhidas para as Equipes de Atenção Básica e oito para as Equipes de Saúde Bucal. Opções de respostas foram recategorizadas para permitir correspondência entre os ciclos 2 e 3 e estão representadas nos Quadros 1 e 2.

A taxa de participação das Equipes de Saúde Bucal foi verificada por meio da adesão das equipes ao PMAQ-AB, considerando as diferentes regiões geográficas do país. A distribuição das equipes respondentes em todo o território nacional e a taxa de resposta em cada Unidade da Federação foi apresentada em mapas que foram construídos a partir do software QGiz (Figura 2).

Quadro 1. Variáveis referentes ao processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal nos 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, códigos da variável no banco de dados público, opções de respostas originais e a recategorização realizada para correspondência das opções de respostas entre os ciclos.

Variável	CICLO 2 (2013)				CICLO 3 (2017)			
	Códigos	Variáveis	Opções de respostas originais	Recategorização	Códigos	Variáveis	Opções de respostas originais	Recategorização
Planejamento das ações	VI. 7.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	-Sim. Somente com a equipe de saúde bucal = 1 -Sim. Juntamente com a equipe de atenção básica = 1 -Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.4.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Autoavaliação	VI. 7.5	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.4.5	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Reunião de equipe	VI. 9.1	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	-Sempre = 1 -Às vezes = 1 -Nunca = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.4.2	A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Resolução de casos complexos*	VI. 10.1	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	-Sim, do CEO = 1 -Sim, do NASF = 1 -Sim, do CAPS = 1 -Sim, outros centros/políclínicas de especialidades (não CEO) = 1 -Sim, outros = 1 -Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.5.1 VI.5.2	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos? De quais núcleos profissionais?	-Sim = 1 -Não = 0 -Do CEO = 1 -De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO) = 1 -Do NASF = 1 -Do CAPS = 1 -Da vigilância em saúde = 1 -Outros = 1	Sim = 1 Não = 0
Equipe*	VI. 11.1	A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?	-Quantidade de equipes	-Uma equipe -Duas equipes ou mais	VI.3.1	Na rotina de trabalho, a Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?	-Quantidade de equipes	- Uma equipe - Duas equipes ou mais
Tipo de atendimento*	VI.13.1	A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	-Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda	Sim = 1 Não = 0	VI.7.3	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	-Atendimento agendado/programado -Atendimento de demanda espontânea	Sim = 1 Não = 0 Sim = 1 Não = 0
Continuidade do tratamento	VI.13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	VI.7.12	Qual a principal forma de marcação de consulta para a	-A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior = 1	Sim = 1 Não = 0

		continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?				continuidade do tratamento odontológico?	-A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário = 1 -A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente) = 0 -É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio) = 0 -No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento = 0 -Outro(a) = 0	
Registro*	VI.12.6	Existe prontuário eletrônico implantado na Equipe?	-Sim -Não	-Sim -Não	VI.6.1	Como são registradas as informações de saúde?	-Fichas em papel -Prontuário eletrônico	Sim = 0 Não = 1 Sim = 1 Não = 0

Fonte: BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 2, módulo VI do PMAQ-AB, 2013.

BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 3, módulo VI do PMAQ-AB, 2017.

*Variáveis que foram adaptadas para fins de análise.

Quadro 2. Variáveis referentes ao processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica nos 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, códigos da variável no banco de dados público, opções de respostas originais e a recategorização realizada para correspondência das opções de respostas entre os ciclos.

	CICLO 2 (2013)				CICLO 3 (2017)			
	Códigos	Variáveis	Opções de resposta originais	Recategorização	Códigos	Variáveis	Opções de resposta originais	Recategorização
Educação permanente*	II.7.2	Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa?	-Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão = 1 - Cursos presenciais -Telessaúde -RUTE – Rede Universitária de Telemedicina = 1 -UNASUS = 1 -Curso de Educação à Distância = 1 -Troca de experiência = 1 -Tutoria/ preceptoria = 1 -A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação,	Sim = 1 Não = 0	II.4.3	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano:	-Telessaúde = 1 -EAD/UNASUS = 1 -RUTE – Rede Universitária de Telemedicina = 1 -Cursos presenciais = 1 -Troca de experiência = 1 -Tutoria/ preceptoria = 1	Sim = 1 Não = 0 Não recebi EP no ano anterior = 0

			especialização, residentes e entre outros = 1 -Outro(s) = 1 -Não participa de nenhuma ação de educação permanente = 0		II.4.1.6	No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela: Não recebi EP no ano anterior	Sim = 0 Não = 1	
Planejamento das ações*	II.8.1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	Sim = 1 Não = 0 -Semanal = 1 -Bimestral = 1 -Trimestral = 1 -Semestral = 1 -Anual = 1 -A equipe não realiza planejamento = 0 -Não se aplica (mensal) = 1	Sim = 1 Não = 0	II.8.3	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
	II.8.1.2	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?						
Apoio institucional	I.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.8.9	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Situação de saúde	II.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.8.11	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Autoavaliação*	II.8.8	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	-Sim = 1 -Não = 0 -Não sabe/não respondeu = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza autoavaliação = 0	II.8.7	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
	II.8.10	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	-Muito Considerado = 1 -Considerado = 1 -Razoavelmente considerado = 1 -Pouco considerado = 0 -Não considerado = 0 -Não se aplica = 0					

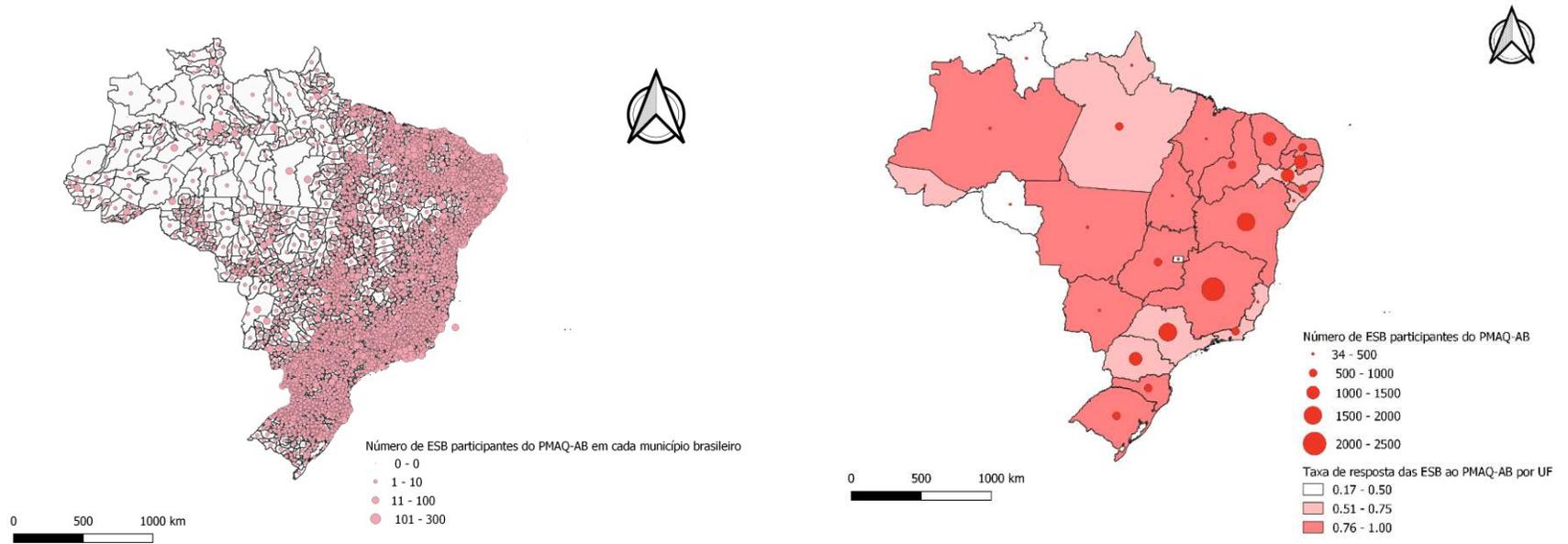
Reunião de equipe	II.8.12	A equipe realiza reunião?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.8.1	A sua equipe realiza reunião de equipe?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Resolução de casos complexos	II.9.4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	-Sim = 1 -Não = 0 -Não sabe/não respondeu = 0	Sim = 1 Não = 0	II.3.1	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Território*	II.10.2 II.10.3	Existe definição da área de abrangência da equipe A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	-Sim = 1 -Não = 0 -Não sabe/não respondeu = 0 Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0 Não existe definição da área de abrangência = 0	II.6.2	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Consulta	II.12.9	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.9.3	O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0
Agenda	II.14.5.1	A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações?	-Gestantes	Sim = 1 Não = 0	II.15.4	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza pré-natal = 0
Caderneta da gestante	II.18.2	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0	II.15.7	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	Sim = 1 Não = 0	Sim = 1 Não = 0 Não realiza pré-natal = 0

Fonte: BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 2, módulo II do PMAQ-AB, 2013.

BRASIL, Instrumento de Avaliação Externa do ciclo 3, módulos II do PMAQ-AB, 2017.

*Variáveis que foram adaptadas para fins de análise.

Figura 2. Distribuição das eSB vinculadas a uma eAB no Brasil e taxa de resposta das eSB em relação ao número total de equipes participantes do PMAQ-AB, por estado.



Fonte: Próprio autor.

Referências – Quadros e figuras

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 110p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 129p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Saúde Bucal (Equipe de Saúde Bucal e Equipe Parametrizada de Saúde Bucal). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 49 p.

ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> **Ciência & Saúde Coletiva**[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2021-2039

Title
Processo de trabalho das equipes de saúde favorecem atenção odontológica da gestante no pré-natal:
análise longitudinal

Authors
Lopes, Amanda
Vasconcelos, Mara
FERREIRA, Raquel Conceição
Amaral, João Henrique
Oliveira, Maria
Zina, Livia

Date Submitted
23-Oct-2021

[Author Dashboard](#)

ANEXO B - Declaração de participação no SB Brasil 2020**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para fins de comprovação de atividade científica que, *Amanda Livia Lopes* participou como bolsista - pesquisadora do SB Brasil 2020, na fase de elaboração do consolidado da Consulta Pública do Projeto SB Brasil 2020. Participou também da elaboração do vídeo de treinamento e calibração – Agravo cárie dentária e Necessidade de tratamento.

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Efigênia'.

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira
Coordenadora Projeto SB Brasil 2020

ANEXO C – Capas inicial e final do vídeo “Agravos cárie dentária e Necessidade de tratamento”

sb|BRASIL
PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE BUCAL 2020

Cárie Dentária

ceo-d

cariados extraídos obturados - Dentes decíduos

SUS Sistema Único de Saúde
MINISTÉRIO DA SAÚDE
UFMG UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



sb|BRASIL
PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE BUCAL 2020

Cárie Dentária

CPO-D

Cariados Perdidos Obturados - Dentes permanentes

SUS Sistema Único de Saúde
MINISTÉRIO DA SAÚDE
UFMG UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS





Necessidade de tratamento da cárie dentária






Créditos



Autoria e apresentação

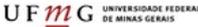
Lívia Guimarães Zina
Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG

Amanda Lívia Lopes
Aluna do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública (Programa de Pós Graduação em Odontologia)

Equipe de Coordenação SB Brasil 2020

Andrea Maria Duarte Vargas
Efigênia Ferreira e Ferreira
Mara Vasconcelos
Raquel Conceição Ferreira
Rafaela da Silveira Pinto
Luciene Rodrigues Reis – Apoio

<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/sbbrasil2020>




ANEXO D – Certificado de apresentação no XV Encontro Científico da FOUFMG

ANEXO E – Menção Honrosa



ANEXO F – Comprovante de submissão de artigo

Community Dentistry and Oral Epidemiology - Manuscript ID CDOE-21-365

Para: Você; jhamaral1@gmail.com; maravas@uol.com.br; vivianegomes@ufmg.br; nilcema@gmail.com +3 pessoas

23-Jun-2021

Dear Author of "User satisfaction with the secondary dental care services: Is there an association between structure and work process?",

The manuscript entitled "User satisfaction with the secondary dental care services: Is there an association between structure and work process?" has been submitted by Professor Viviane Gomes to Community Dentistry and Oral Epidemiology and is presently being given full consideration for publication.

You have been listed as author for the manuscript. IF THIS IS NOT THE CASE, please reply to this email.

Sincerely,

Dr Michelle Martire
 Community Dentistry and Oral Epidemiology Editorial Office
 cdoejournal@wiley.com