

JOYCE LOPES

**AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR MEIO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-
AB, NO BRASIL**

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2017

Joyce Lopes

**AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR MEIO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-
AB, NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao colegiado 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 em Saúde Pública.

Prof^o. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Andréa Clemente Palmier

Belo Horizonte

2017

Ficha Catalográfica

L864 Lopes, Joyce.
2017 Avaliação da infraestrutura dos serviços de saúde bucal
 À na atenção primária por meio da avaliação externa do PMAQ-AB
 no Brasil / Joyce Lopes. -- 2017.

81 f. : il.

Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu.
Coorientadora: Andréa Clemente Palmier.

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

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde bucal. 3. Instrumentos odontológicos. 4. Proposta de concorrência. 5. Infraestrutura sanitária. I. Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. II. Palmier, Andréa Clemente. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR MEIO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB, NO BRASIL

JOYCE LOPES

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

Aprovada em 18 de dezembro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

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

Prof(a). Andrea Clemente Palmier
FO/UFMG

Prof(a). Renata de Castro Martins
FO/UFMG

Prof(a). Daniele Lopes Leal
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2017.

Dedico este trabalho a todos aqueles que através de determinação, coragem e confiança, não importando os obstáculos e as dificuldades, persistem em realizar um trabalho com responsabilidade ética e social em prol da atenção em saúde bucal.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por sempre cumprires tuas promessas. Por fazer com que as coisas aconteçam de acordo com a sua vontade e por se importar com as minhas responsabilidades, não me deixando desistir quando as tribulações parecem estar pesadas demais.

Aos meus pais que durante toda a jornada de vida se dedicaram, abdicaram de tempo e de projetos pessoais para que eu tivesse oportunidade de estudar e de ter uma boa formação profissional. Sem vocês nada disso seria possível!

Ao meu irmão, por ser meu exemplo de profissionalismo, dedicação e persistência. Meu anjo da guarda!

Ao meu namorado, Luiz Fernando, por me apoiar na minha caminhada, entender minha ausência em muitos momentos e me permitir ter uma vida mais leve, alegre e colorida!

Ao professor Mauro por me incentivar a fazer o melhor ...sempre! Sua dedicação à docência demonstrada através da sua orientação é uma motivação inegável.

À professora Andréa por suas valiosas considerações e apoio durante todo o desenvolvimento do trabalho.

Aos meus queridos companheiros de turma pela convivência agradável, solidariedade e pelos vários debates que me proporcionaram crescimento pessoal e profissional. Em especial, agradeço à Mônica e à Renata, que se tornaram amigas e companheiras nesta caminhada. Obrigada por dividir comigo angústias e alegrias. Foi muito bom contar com vocês!

Finalmente agradeço à Faculdade de Odontologia por me abrir as portas para o desenvolvimento dessa dissertação e por me permitir através deste trabalho vivenciar experiências gratificantes e conhecer pessoas que vou levar para minha vida com muito carinho.

“Tudo é permitido, mas nem tudo é oportuno. Tudo é permitido, mas nem tudo edifica.”

São Paulo Carta: I Coríntios 10:23

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorientação do processo de trabalho das equipes no Sistema Único de Saúde (SUS). A inclusão da saúde bucal na ESF pode ser considerada um passo rumo à integralidade das ações e representou a etapa inicial para a expansão da oferta de serviços públicos na área. Com a adoção da ESF como modelo assistencial escolhido para reorganizar as ações na Atenção Primária à Saúde (APS), faz-se necessário avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e aos possíveis impactos produzidos na saúde das populações. Diante deste contexto, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa busca induzir a instituição de processos de avaliação na rotina de funcionários e gestores do SUS, assim como ampliar o acesso na atenção primária com garantia de padrões de qualidade. O objetivo desse estudo foi caracterizar a estrutura dos serviços de saúde bucal na atenção primária do Brasil em relação aos instrumentais odontológicos disponíveis, com base nos dados do PMAQ-AB, e comparar o quantitativo de instrumentais com algumas características de organização dos serviços de saúde bucal e com as macrorregiões brasileiras. Para isso pesquisadores treinados observaram a estrutura dos serviços de saúde, identificando a presença e a quantidade suficiente de 36 instrumentais odontológicos. O escore de cada serviço de saúde bucal foi a soma do número de instrumentais odontológicos presentes em quantidade suficiente (de zero a 36). Foram comparadas medidas de tendência central e de variabilidade desses escores de acordo com características de organização dos serviços e das macrorregiões brasileiras. Nenhum instrumental foi identificado em todos os serviços avaliados. Instrumentais básicos, cirúrgicos e restauradores foram os mais frequentes. Instrumentais periodontais, endodônticos e de prótese atingiram os menores percentuais. Os valores médios e medianos da quantidade de instrumentais odontológicos foram mais altos nas equipes que atendem em mais turnos, que apresentam Técnico de Saúde Bucal e nas regiões Sul e Sudeste. Os serviços de saúde bucal estavam equipados com instrumentais odontológicos básicos, cirúrgicos e restauradores. Instrumentais de diagnóstico periodontal, para atendimento de urgências e para reabilitação protética foram menos frequentes nestes estabelecimentos. Piores condições de infraestrutura existiram nas ESB com piores formas de organização do atendimento e em regiões com maiores desafios sociais. Os resultados encontrados estimularam o desenvolvimento de um texto, produto técnico dessa dissertação, parte integrante de um livro produzido no formato e-book pela turma do mestrado profissional. Abordou-se a evolução do financiamento em saúde bucal e o processo de licitação para compra de materiais para o serviço odontológico, destacando as etapas do trâmite e suas peculiaridades, visando propiciar aos administradores a aquisição de bens com melhores condições de qualidade e preço.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Saúde Bucal. Instrumentos odontológicos. Proposta de Concorrência. Infraestrutura sanitária.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) aims to reorient the work process of the teams in the Unified Health System (UHS). The inclusion of oral health in FHS can be considered a step towards the integrality of the actions and represented the initial step for the expansion of the provision of public services in the area. With the adoption of FHS as a model of assistance chosen to reorganize the actions in primary health care, it is necessary to evaluate and monitor the results achieved in relation to the organization and possible impacts produced in the health of the populations. Faced with this context, the Ministry of Health (MS) launched in 2011, the National Program for improvement of access and quality of basic attention (PMAQ-AB). The program seeks to induce the institution of evaluation processes in the routine of employees and managers of the UHS, as well as broaden access to primary attention with quality assurances. The objective of this study was to characterize the structure of oral health services in Brazil's primary attention relative to the available dental instruments, based on the data of the PMAQ-AB, and to compare the quantity of instruments with some characteristics of organization of oral health services and the Brazilian macroregions. For this, trained researchers observed the structure of health services, identifying the presence and sufficient quantity of 36 dental instruments. The score of each oral health service was the sum of the number of dental instruments present in sufficient quantity (from zero to 36). Central tendency measures were compared along with the variability in these scores according to the organizational characteristics of the services and according to the Brazilian macroregion. No instrument was found to be present in all evaluated services. Basic, surgical and restorative instruments were the most frequently found. Periodontal, endodontic and prosthetic instruments exhibited the lowest percentages. The mean and media numbers of the dental instruments were higher for teams that operated over more shifts, those with an oral health technician and those in the South and Southeast regions. The oral health services were equipped with basic, surgical and restorative dental instruments. Periodontal diagnostic instruments, emergency care and denture rehabilitation were less frequently found in these establishments. The worst infrastructure conditions have existed in the OHTs with the worst forms of care organization and in regions with greater social challenges. Technical product of this dissertation, an integral part of a book produced in e-book format by the Professional Masters class. The evolution of oral health financing and the bidding process for the purchase of materials for the dental service, highlighting the stages of the procedure and its peculiarities, aiming to provide the administrators with the acquisition of goods with better conditions of quality and price.

Keywords: Primary Health Care. Oral Health. Dental Instruments. Competitive Bidding. Health Infrastructure.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Descrição das variáveis..... | 15 |
| Artigo | | |
| Figura 1 | Figure 1. Distribution of the scores on a survey of presence of dental instruments in sufficient quantity conducted in Brazilian primary oral health care offices, 2013-2014..... | 28 |
| Tabela 1 | Table 1. Frequency of dental instruments in primary oral health care, SUS, Brazil, 2013-2014 | 24 |
| Tabela 2 | Table 2. Comparison of the distribution of instrument presence scores (0 to 36) primary oral health care, SUS, Brazil (n=16,202) according to the health service's organizational features, 2013-2014..... | 29 |
| Tabela 3 | Table 3. Comparison of scores for the presence of instruments (0 to 36) primary oral health care, SUS (n=16,202), among Brazil's five geographic regions, 2013-2014..... | 31 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB/SUS | Norma Operacional Básica do SUS |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PMAQ-AB | Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TSB | Técnico em Saúde Bucal |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|-----------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 04 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 08 |
| 3 | Objetivos | 13 |
| 3.1 | Objetivos gerais | 13 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 13 |
| 4 | MÉTODOS | 14 |
| 5 | ARTIGO..... | 16 |
| 6 | PRODUTO TÉCNICO..... | 38 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 59 |
| 8 | PRODUÇÃO INTELECTUAL..... | 61 |
| | REFERÊNCIAS..... | 62 |
| | ANEXOS..... | 66 |

1 INTRODUÇÃO

O arranjo da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é formalizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Apresenta-se como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a). Tem por meta possibilitar o acesso universal e contínuo de saúde com qualidade e resolução. É o contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a porta de entrada. É regida a partir da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A APS teve sua importância destacada a partir do momento que políticas públicas foram estabelecidas visando ao fortalecimento desse nível de atenção, reconhecida como prioridade pelo “Pacto pela Vida”. Dentre os objetivos elencados destaca-se a importância de assegurar a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2006a).

Infraestrutura pode ser definida como o conjunto de elementos referentes aos recursos humanos, materiais, regulamentações e incentivos, entre outros elementos que facilitam o processo de responder organizadamente às questões e desafios apresentados aos serviços de saúde. Dessa forma, entende-se que a infraestrutura pode ser elaborada como parte do esqueleto de sustentação do trabalho em saúde e, portanto, das práticas dos profissionais das equipes de saúde bucal (SOUZA, 2001).

No contexto de um sistema de saúde e em referência aos estabelecimentos de saúde, definimos “infraestrutura” como o total de todos os componentes físicos, técnicos e organizacionais ou ativos que são pré-requisitos para a prestação de serviços de saúde. Pode ser visto como um componente principal da qualidade de um sistema de saúde. A funcionalidade, qualidade e extensão desses componentes determinam a acessibilidade, disponibilidade, qualidade e aceitabilidade dos serviços (SCHOLZ *et al.*, 2015).

Gestão profissional é necessária para preservar a funcionalidade de todos os componentes descritos anteriormente. Por exemplo, manutenção da infraestrutura

constitui frequentemente um problema em países pobres. A negligência decorre devido à falta de recursos financeiros, peças de reposição indisponíveis, treinamento ineficiente ou pouca disponibilidade de pessoal para manutenção e uma cultura que desconsidera a manutenção. Isto pede por uma maior consciência gerencial de infraestrutura. Embora a relevância das infraestruturas de instalações de saúde para a qualidade de cuidados ser óbvia, a literatura sobre este assunto é limitada. Em particular, não existem instrumentos fáceis para avaliar a qualidade de infraestrutura de cuidados de saúde (SCHOLZ *et al.*, 2015).

Qualidade de cuidados pode ser definida e avaliada em termos de estrutura, processo e resultados. Enquanto a presença de estruturas organizacionais específicas não necessariamente resulta em melhores processos clínicos e resultados, os aspectos organizacionais certamente são viabilizadores de maior desempenho. Pouco se sabe sobre como melhorar a qualidade dos aspectos organizacionais do setor de saúde bucal na atenção primária. A maior parte da literatura e a base de evidência para definir e medir a qualidade na atenção primária vem da prática médica geral e não de configurações de cuidados de saúde bucal (GOETZ *et al.*, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), para solucionar cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade faz-se necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso, razão pela qual foi lançado o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2008). Esse manual tem como base a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21/02/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para implementação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, visando, com isso, qualificar a assistência prestada à população, através de uma estrutura física mínima capaz de atender à proposta da APS, fundamentada nas necessidades do usuário (BRASIL, 2002).

No processo de aquisição de equipamentos, devem ser avaliadas as aplicações clínicas, a demanda do serviço (custo/benefício), a infraestrutura e o custo do equipamento e de sua manutenção. A escolha para a aquisição de equipamentos de uma unidade odontológica deve ser criteriosa, com o apoio técnico de profissionais com esta experiência. No processo de aquisição, a manutenção é, sem dúvida, um fator importante e determinante. Nessa fase, a área de apoio deve planejar a instalação e o gerenciamento da manutenção (BRASIL, 2006b).

Com tal característica, a infraestrutura adequa-se como componente imprescindível para a organização da APS resolutiva. Investimentos na estrutura física e em equipamentos devem ser feitos para assegurar a resolubilidade do sistema, boas condições de trabalho e a legitimidade da atenção junto à população (BRASIL, 2009).

Para que a realidade da infraestrutura em saúde bucal seja conhecida, processos de avaliação devem ser agregados no cotidiano dos serviços de saúde. A incorporação dessa prática se mostra cada vez mais frequente nas políticas e programas do Ministério da Saúde. A implementação de processos avaliativos vem contribuir para aprimorar a capacidade técnica em todos os níveis assistenciais do SUS, ao embasar os processos de planejamento, gestão e de tomada de decisão, fornecer subsídios para a elaboração e aprimoramento de políticas, a capacitação de gestores e profissionais e a participação popular (BRASIL, 2011a; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado no ano de 2011, configura parte de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde denominada “Saúde mais perto de você”, que visa à melhoria do padrão de qualidade assistencial nos serviços públicos de saúde. Para alcançar este objetivo, o programa traz uma proposta de avaliação e coordenação de ações através das equipes de APS (BRASIL, 2011a).

O primeiro ciclo do programa foi implantado no ano de 2012. O segundo ciclo, objeto de trabalho deste estudo, em 2014. Os dois primeiros ciclos se organizaram em 4 fases que se complementavam conformando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização. Para o terceiro ciclo, que iniciou-se no ano de 2015, algumas mudanças foram instituídas, como por exemplo a organização em 03 fases aliada a um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, que conta com os seguintes elementos: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (presencial ou virtual) .

O traçado do PMAQ-AB apresenta metodologia de avaliação de caráter qualitativo como a autoavaliação, além de uma vertente quantitativa, com o emprego de 47 indicadores de contratualização, sendo 24 de desempenho e 23 de monitoramento. Os indicadores de desempenho foram relacionados ao processo de avaliação externa para análise do município e tem peso na nota para certificação das equipes. Já os indicadores de monitoramento não compõem nota para certificação, sendo incluídos e informados ao

MS para acompanhamento periódico e sistemático pelas equipes, com possibilidade de mudança para indicadores de desempenho em ciclos posteriores (BRASIL, 2011a).

A avaliação externa (terceira fase no 2º ciclo), corresponde à etapa na qual são verificadas as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica que aderiram ao programa, com apoio de instituições de ensino e pesquisa. Objetiva certificar as equipes através do monitoramento dos indicadores contratualizados e averiguação de um conjunto de padrões de qualidade nas unidades básicas de saúde; avaliação da rede local de saúde; avaliação da satisfação dos usuários e da utilização dos serviços pelos mesmos (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Para a certificação das equipes foi criada a Matriz de Pontuação, que está organizada em cinco dimensões:

DI: Gestão Municipal para desenvolvimento da Atenção Básica;

DII: Estrutura e condições de funcionamento da UBS;

DIII: Valorização do Trabalhador;

DIV: Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho;

DV: Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

A dimensão II considerou as características estruturais da UBS, como também a disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de saúde bucal. Foram avaliados condição de uso e quantidade de 79 itens como equipamentos odontológicos, instrumentais odontológicos e materiais e medicamentos de uso odontológico (BRASIL, 2015).

Dessa forma, justifica-se a importância de um estudo que visa à compreensão da infraestrutura atual da saúde bucal na APS do Brasil criando subsídios para melhorar o desempenho do sistema de saúde através da detecção e eliminação de deficiências na infraestrutura. Isso conduz a melhores serviços, assegurando a disponibilidade e funcionamento do equipamento técnico necessário, influenciando na questão do acesso, resolutividade e qualidade da atenção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização do termo APS tem se expressado, internacionalmente, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como atenção ao indivíduo e às comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (MATTA, 2005).

Em 1920, no Reino Unido, foi elaborado um documento conhecido como Relatório Dawson, que utilizou de forma pioneira o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistemática, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Os princípios deste documento influenciaram na criação do sistema nacional de saúde britânico e influenciou a organização dos sistemas de saúde de vários países do mundo (MATTA; MOROSIN, 2008).

A APS foi definida pela Organização Mundial de Saúde em 1978, através da Declaração de Alma-Ata como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção primária considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) objetiva promover a APS no Brasil e define princípios, financiamento, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais, para esse nível de atenção. Inclui ainda as especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), determinada como modelo preferencial para a APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006b).

A inclusão da saúde bucal na ESF pode ser considerada um passo rumo à integralidade das ações e representou o passo inicial para a expansão da oferta de serviços públicos na área. Em 2004, com o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), houve um claro reposicionamento normativo e de aporte de recursos públicos na área (BRASIL, 2004).

O Programa Brasil Sorridente, desdobramento operacional da PNSB, ao adotar o cuidado como eixo central assume responsabilidade não só com a ampliação da rede assistencial, como também com a qualificação da Atenção em Saúde Bucal. Articula, assim, as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para atender às necessidades de saúde de populações nos territórios (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à institucionalização da política, deve ser mencionado que o Brasil tinha políticas provisórias de saúde bucal antes do Brasil Sorridente, mas elas foram em grande parte ineficazes, principalmente porque não foram apoiadas pela necessária vontade política, além de subfinanciadas. Após 2004, o papel de cada nível de atenção e a interação necessária entre os diferentes setores foi claramente definida através de leis. Depois de superar a barreira da institucionalização da política de saúde bucal, foi feito um esforço para substituir os equipamentos e expandir a infraestrutura física da rede de cuidados de saúde que estava a ser construída através da "capacidade instalada" desta rede e contratação de pessoal (PUCCA *et al.*, 2015)

A inserção da PNSB na programação do governo, embora expressa pelo aumento significativo do volume de investimentos, subordina o repasse destes recursos financeiros na APS à adesão dos gestores locais às ESBs na ESF. Noutros termos, fora dos padrões preconizados pelas normas e portarias que regulamentam o SUS, não existe financiamento extraorçamentário para a sustentação das ações de saúde bucal neste nível, ficando este diretamente condicionado ao PAB fixo e a política de incentivo do MS para o financiamento e sustentação desta estratégia. A sustentabilidade da oferta das ações e serviços inseridos na PNSB pressupõe a adesão a um conjunto de diretrizes onde se inserem a descentralização e a responsabilização dos gestores locais na provisão e na continuidade desta oferta (KORNIS *et al.*, 2011)

Independentemente dos recursos federais destinados à implantação e ao custeio das ações previstas na PNSB representarem um exímio fator estimulador para a adesão pelos gestores locais a esta política, estes recursos por si só não são capazes de garantir a oferta dessas ações e serviços de modo a abranger as demandas em saúde bucal da população. No que concerne à saúde bucal, frente a outras áreas de atenção à saúde, ainda existem custos adicionais relativos à manutenção de equipamentos, instrumentais, insumos e materiais de consumo específicos, sabidamente onerosos (KORNIS *et al.*, 2011)

Para o planejamento das atividades e ações de Saúde Bucal na APS é importante destacar a importância da utilização da Epidemiologia, uma das áreas fundamentais na elaboração das estratégias públicas de combate e prevenção às doenças que acometem a sociedade brasileira. Através desta área monitora-se riscos e tendências, avaliando o impacto de medidas adotadas, estimando necessidades de recursos para os programas e indicando novos caminhos na estrutura e processo para a observância dos pilares da qualidade (BRASIL, 2008).

Muitas vezes, profissionais da APS em geral, e isso também incluem os profissionais das equipes de saúde bucal, atribuem dificuldades em seu potencial de trabalho cotidiano às limitadas condições organizacionais dos serviços de saúde que, via de regra, são marcadas por improvisos e infraestrutura precária.

Para a efetivação da prática na APS é fundamental, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada (BRASIL, 2006b).

Com a adoção da ESF como modelo assistencial escolhido para reorganizar as ações na APS, faz-se necessário avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e aos possíveis impactos produzidos na saúde das populações (ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008).

Diante deste contexto, o MS lançou, por meio da Portaria GM/MS nº 1654, de 19 de julho de 2011, o PMAQ-AB. O programa busca induzir a instituição de processos de avaliação na rotina de funcionários e gestores do SUS, assim como ampliar o acesso na atenção primária com garantia de padrões de qualidade (BRASIL, 2015).

Apesar de não estar explícito nos documentos do PMAQ-AB, o quadro conceitual, desenvolvido por Donabedian em 1980 tem grande influência sobre esse programa. O marco teórico de Donabedian, para avaliação de qualidade em saúde, foi definido a partir de um modelo de avaliação centrado nos componentes de estrutura, processo e resultado para a observância dos pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade (DONABEDIAN, 1980).

A estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto à qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros (DONABEDIAN, 1980).

A abordagem estrutural tem sido muito repreendida pela complexidade de quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada. Mas é possível falar em termos de tendências - estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade. Assim, embora sejam complexas as redes causais que vinculam a estrutura dos serviços de saúde aos seus efeitos e envolvam diversos fatores, há a necessidade de valorização dos componentes de estrutura na avaliação e gestão dos serviços de saúde na sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde e para o alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e da população (MOURA *et al.*, 2010; SILVEIRA, SANTOS, COSTA, 2001).

Essencialmente, a avaliação da qualidade é uma avaliação sistemática da estrutura, atividade e resultado de um serviço ou organização ligada a uma cadeia de eventos. Boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo; bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado; e os resultados indicam a qualidade do atendimento. (PRUKSAPONG; MAcENTEE, 2007).

Pouca literatura científica já foi produzida no sentido de descrever e analisar as condições de estrutura dos serviços de saúde bucal no setor público brasileiro.

Estudo realizado na Índia avaliou a infraestrutura do serviço de saúde bucal. Dados relativos ao fornecimento de água e de energia, qualificação dos profissionais, número e o tipo de instrumentos na unidade odontológica dentre outros, foram coletados. Foi identificado um déficit na infraestrutura de saúde bucal. Este aspecto pode vir a ser um grande obstáculo na prestação de cuidados de saúde bucal adequada às pessoas com maiores necessidades de cuidados de saúde. Uma grande quantidade de esforço é necessária para harmonizar o sistema de prestação de cuidados de saúde bucal (VASHIST *et al.*, 2016).

Em estudo conduzido por Moura *et al.* (2010), em dois municípios da Bahia, foi avaliada a estrutura das unidades de saúde da APS. Foram identificadas deficiências nos componentes de estrutura analisados (ambiente físico, recursos materiais e pessoal) em ambos os municípios. Os autores relatam que o fato de poucos estudos abordarem a avaliação da estrutura física, equipamentos e recursos humanos, dificultou a comparação dos achados.

Resultados similares foram encontrados no estudo de Rocha e Araújo (2009). Nesse estudo, a estrutura física foi identificada como o fator que mais influenciou nas condições de trabalho da equipe de saúde bucal, evidenciada, por exemplo, pela ausência de expurgo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar a estrutura dos serviços de saúde bucal na atenção primária do Brasil em relação aos instrumentais odontológicos disponíveis, com base nos dados do PMAQ-AB (segundo ciclo) e identificar os fatores associados.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar aspectos da gestão dos serviços de saúde bucal associados à estrutura dos serviços.

Analisar a associação entre recursos humanos em saúde bucal e a estrutura dos serviços de saúde bucal.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e analítica, de corte transversal, e que investigou dados secundários pertencentes ao banco do componente da Avaliação Externa do PMAQ-AB, relativos ao módulo de avaliação da infraestrutura de todo serviço de saúde bucal do país, cuja coleta foi realizada em 2014.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo CAAE 02396512.8.0000.5149). Foram analisados dados públicos do Ministério da Saúde do Brasil e nenhum participante foi identificado em qualquer etapa desta pesquisa.

O presente estudo utilizou a avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB (2014). Esta fase do PMAQ consiste na avaliação externa das equipes, na qual o Ministério da Saúde contou com o apoio de seis Instituições de ensino e pesquisa na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que aplicaram o instrumento de avaliação (por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica e pelas instituições de Pesquisa parceiras do PMAQ). As equipes de avaliadores da qualidade visitaram as ESB conforme itinerário planejado pelas Instituições de ensino e pesquisa e após contato com a gestão municipal. Após um estudo piloto, as perguntas e observações foram registradas em *tablets* por meio de um programa elaborado especificamente para o PMAQ-AB. O programa continha fotos de equipamentos e critérios para avaliação da presença e quantidade suficientes dos instrumentais baseados em documentação do Ministério da Saúde.

Na avaliação externa, foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes de Saúde Bucal participantes do programa. Para isso, foi criado um instrumento de avaliação externa contendo padrões de qualidade estabelecidos de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos atuais, considerando a competência dos atores envolvidos.

De um total de 23.251 ESB no Brasil em janeiro de 2014, 19.946 participaram deste segundo ciclo do PMAQ-AB. Deste total, 2.433 não foram incluídas, pois não

seguiram as normas do PMAQ-AB. Desta forma, foram avaliados 16.202 serviços de saúde bucal na APS, o que corresponde a 17.513 ESB.

As questões avaliadas são predominantemente dicotômicas e avaliaram a presença de 36 instrumentais clínicos das diversas áreas da clínica odontológica, a saber, instrumentais para realização de procedimentos restauradores, cirúrgicos, endodônticos, protéticos, periodontais, além de instrumentais clínicos utilizados nas diversas áreas do atendimento odontológico.

A análise estatística envolveu o cálculo de proporções para a presença de cada instrumental avaliado. O escore de cada serviço de saúde bucal será a soma do número de instrumentais odontológicos presentes em quantidade suficiente (de zero a 36) (Anexo A). Foram comparadas as medidas de tendência central e de variabilidade desses escores com as variáveis independentes de gestão e recursos humanos (Quadro 1). Intervalos de confiança não foram estimados por se tratar de estudo com amostra de conveniência. Toda a análise foi desenvolvida no programa SPSS for Windows versão 19.0.

Quadro 1: Descrição das variáveis

| VARIÁVEIS | TIPO |
|--|--------------|
| Score da presença dos instrumentais | Dependente |
| | |
| Quais os turnos de atendimento da equipe de saúde bucal? | Independente |
| Atendimento disponível entre 12:00 e 14:00? | Independente |
| Atendimento noturno? | Independente |
| Modalidade da equipe de saúde bucal | Independente |
| Os instrumentais são compartilhados com outras equipes? | Independente |

5 ARTIGO

Neste capítulo será apresentado o artigo submetido para publicação no *Brazilian Dental Journal* (QUALIS A2 na área de Odontologia), segundo normas da revista (Anexo B).

A survey about dental instruments at the primary health care in Brazil

Joyce Lopes

Department of Community and Preventive Dentistry

School of Dentistry – Universidade Federal de Minas Gerais

+ 55 31 34092434

joyceodonto@yahoo.com.br

Andréa Clemente Palmier

Department of Community and Preventive Dentistry

School of Dentistry – Universidade Federal de Minas Gerais

+ 55 31 34092434

acpalmier@terra.com.br

+ 55 31 34092434

mfurquim52@gmail.com

Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado

Department of Preventive and Social Medicine

School of Medicine – Universidade Federal de Minas Gerais

+55 31 3409 9812

thomaz@nescon.medicina.ufmg.br

Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu – correspondence author

Department of Community and Preventive Dentistry

School of Dentistry – Universidade Federal de Minas Gerais

+ 55 31 34092434

maurohenriqueabreu@gmail.com

Abstract

This study describes the structure of oral health services in primary health care in Brazil and the instruments available for the provision of oral health care and to compare the number of instruments according to organizational characteristics of health services and among the macroregions. Of the 23,251 oral health teams (OHTs) in the Public Health System, 17,513 (75.3%) participated in this study. Trained researchers observed the structures of the health services and determined the presence of and whether a sufficient quantity of 36 dental instruments existed. The score of each oral health service was determined by the sum of the number of dental instruments present in sufficient quantity (0 to 36). Central tendency measures were compared along with the variability in these scores according to the organizational characteristics of the services and according to the Brazilian macroregion. No instrument was found to be present in all evaluated services. Basic, surgical and restorative instruments were the most frequently found. Periodontal, endodontic and prosthetic instruments exhibited the lowest percentages. The mean and median numbers of dental instruments were higher for teams that operated over more shifts, those with an oral health technician and those in the South and Southeast regions. The oral health services were equipped with basic, surgical and restorative instruments. Instruments designed for periodontal diagnosis, emergency care and denture rehabilitation were less frequently found in these services. The worst infrastructure conditions existed in the OHTs with the worst forms of care organization and in regions with greater social issues.

Keywords: Primary Health Care, Oral Health, Dental Instruments.

Resumo

Este estudo descreve a estrutura dos serviços de saúde bucal na atenção primária em saúde no Brasil e os instrumentos disponíveis para a assistência à saúde bucal e compara o número de instrumentais de acordo com as características organizacionais dos serviços de saúde e entre as macrorregiões. Das 23.251 equipes de saúde bucal (ESB) no Sistema Único de Saúde, 17.513 (75,3%) participaram deste estudo. Pesquisadores treinados observaram a estrutura dos serviços de saúde e determinaram a presença e a existência de uma quantidade suficiente de 36 instrumentais odontológicos. A pontuação de cada serviço de saúde bucal foi determinada pela soma do número de instrumentos dentários presentes em quantidade suficiente (0 a 36). As medidas de tendência central e de variabilidade desse escore foram comparadas com as características organizacionais dos serviços e de acordo com a macrorregião brasileira. Nenhum instrumental foi encontrado em todos os serviços avaliados. Os instrumentos básicos, cirúrgicos e restauradores foram os mais frequentemente encontrados. Os instrumentos periodontais, endodônticos e para realização de prótese exibiram as percentagens mais baixas. O número médio e mediano de instrumentos dentários foi maior para as equipes que operavam em mais turnos, aqueles com um técnico em saúde bucal e aqueles nas regiões Sul e Sudeste. Os serviços de saúde bucal estavam equipados com instrumentos básicos, cirúrgicos e restauradores. Os instrumentos indicados para diagnóstico periodontal, cuidados de emergência e reabilitação com próteses dentárias foram menos frequentemente encontrados nesses serviços. As piores condições de infra-estrutura existiam nos ESB com as piores formas de organização de cuidados e em regiões com maiores problemas sociais. Palavras-chave: Atenção primária em saúde, Saúde bucal, Instrumentos odontológicos.

Introduction

Public oral health policies have achieved important advances in recent decades in Brazil. The proposal to create polyarchic health care networks implies the construction of integrated practices in the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*, in Portuguese) while respecting the characteristics of each region, which will enable the actions of oral health teams (OHTs) to become more effective and strengthen the attributes of first contact, longitudinality, completeness and coordination within Primary Health Care (PHC) (1,2). Data from February 2016 indicate the existence of at least one OHT in 5,007 Brazilian municipalities (89.9% of the total). Given this scale, it is important to evaluate oral health actions in Brazil. In 2014, the Brazilian Ministry of Health organized a second cycle of a program aiming to evaluate and improve PHC quality. This was called the National Program for Improving Access to and Quality of Primary Care (*Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB*, in Portuguese), which examined, among other factors, the structure of PHC oral health services, (3) as an adequate health equipment and the presence enough instruments should be considered when evaluating PHC quality (4,5). After the evaluation of the OHT, the performance will be classified as excellent, very good, good, fair or poor. The amount of financial incentive that the health manager will receive depends on the team's certification in relation to performance. For the purposes of team certification, some quality standards are evaluated. Dental instruments are classified as essential, meaning that OHT with no conformity to the PMAQ-AB standard will have their performance impaired (3). The World Health Organization recommends that the structure of health facilities should be monitored at a national level (6). In the health evaluation field, physical structure is one of the components highlighted by Donabedian, (7) who believes that good structural conditions are a prerequisite for good processes and increase the likelihood of a positive outcome. The health service's structure is considered a key component in the analysis of a health care system. Although the presence of a good structure does not necessarily lead to good processes and results, one cannot ignore the importance to health outcomes of an adequate structure (7,8). No studies in the literature have examined the effect of organizational factors of health services on the oral health service infrastructure. Little is known about how to improve the quality of organizational aspects of the oral health sector in primary care. Most of the literature and evidence base originates from general medical practice and not oral health care settings (9). More than 20 years after the creation of the Family Health Strategy (FHS), which provides for the reorganization of PHC in the *SUS* and a

reformulation of the current health care model in Brazil, concern exists regarding its structuring and strengthening (10). Brazilian law places importance upon issues pertaining to the structure and funding of health services, with a priority of structuring the Basic Health Units in the form of Family Health teams (11).

Despite the expansion in populational coverage by the OHTs, for the activities proposed in this strategy to be performed in a quality manner, it is necessary that health facilities have a minimum structure (3). Specifically, clinical actions for dental care require sufficient equipment, instruments and materials to meet the health care demands required due to the oral disease burden (12).

Despite the large investment that has been made in the OHT structure, (10,11) factors that might explain differences in this structure among different oral health services have not been evaluated. Thus, to examine a topic that has rarely been researched in the organization of primary oral health care, that is, whether the organizational processes of oral health services affect their infrastructure, this study describes the structure of Brazilian PHC oral health services, focusing on the instruments available for the provision of oral health care. The study also compares the number of instruments according to organizational characteristics of the oral health services and according to Brazilian macroregion.

Materials and Methods

The study was approved by the National Council for Research Ethics and by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG) (Protocol CAAE 02396512.8.0000.5149). Data from the Brazilian Public Ministry of Health were analyzed, and no participant was identified at any stage of this study.

Of a total of 23,251 OHTs in Brazil in January 2014, 19,946 (85.8%) participated in this second PMAQ-AB cycle. Of these, 2,433 were not included because they did not follow PMAQ-AB regulations. Thus, 16,202 PHC oral health services were evaluated, corresponding to 17,513 (75.3%) OHTs.

An observational instrument, developed through a partnership between the Ministry of Health and six teaching and research institutions in Brazil, was applied by a team of trained health professionals with university degrees. After a pilot study, the questions and observations were recorded on tablets using a program designed specifically for the PMAQ-AB. The program contained photos of equipment and criteria for evaluating the presence (existence of at least one unit) and sufficient quantity (existence of a quantity sufficient to meet the needs of the service, i.e., to perform oral health care during 40 hours per week) of the instruments, based on Ministry of Health regulations. The teaching and research institutions validated the questionnaire responses. The Ministry of Health organized the database and made it available to the teaching and research institutions. A certification of the interviewer's presence was made with a sample of the study, by phone.³

The questions were predominantly dichotomous and evaluated the presence of 36 clinical instruments from different clinical dentistry areas, including instruments for performing restorative, surgical, endodontic, prosthetic and periodontal procedures and clinical instruments used in various dental care areas. This variety of instruments is justified due to the scope of procedures performed by the OHT (emergency care, preventive care, restorations, oral surgery, basic periodontal treatment, dental prostheses). It is important to point out that OHT covers all age groups, from early childhood to seniors. Thirty-six instruments were defined in the list of Essential Dental Instruments of the Ministry of Health.

In addition to these variables, several oral health service characteristics were evaluated using structured interviews with the dental surgeons, including dental care shifts, performing dental care between 12pm and 2pm and at night; type of OHT (dentist and oral health assistant;

dentist, oral health technician and oral health assistant; or no adherence to the FHS); and instrument sharing with other OHTs.

The statistical analysis involved the calculation of ratios for each evaluated instrument. The score of each oral health service was calculated as the sum of the number of dental instruments present in sufficient quantity (0 to 36). The central tendency measures were compared along with the variability in these scores according to organizational oral health service characteristics and geographical regions within Brazil. Confidence intervals and inferential statistics were not calculated because this was a census study of teams that had joined the second PMAQ cycle. The decision to not perform statistical tests and hence to not show *p* values was also due to the number of evaluated OHTs, which could lead to the identification of statistical associations even where there were no relevant differences between groups (13). All analyses were performed using SPSS for Windows version 19.0 (IBM Corp., Armonk, USA).

Results

Table 1 shows the frequency of each type of dental instrument in the 16,202 Brazilian services that participated in the evaluation of the second PMAQ-AB cycle in 2013 and 2014. Basic, surgical and restorative instruments were the most frequently found instruments. Periodontal, endodontic and prosthetic instruments exhibited the lowest percentages.

Table 1. Frequency of dental instruments in primary oral health care, SUS, Brazil, 2013-2014 (n=16,202).

| Dental instruments | % |
|--|----------|
| Basic | |
| 1) Steel trays | 92.3 |
| Sufficient quantity of steel trays | 84.5 |
| 2) Boxes with stainless steel covers | 85.1 |
| Sufficient quantity of boxes with stainless steel covers | 77.6 |
| 3) Dental mirrors | 98.4 |
| Sufficient quantity of dental mirrors | 91.7 |
| 4) Dental tweezers | 98.3 |
| Sufficient quantity of dental tweezers | 93.9 |
| 5) Glass plates | 97.9 |
| Sufficient quantity of glass plates | 91.5 |
| 6) Carpule syringes | 98.6 |
| Sufficient quantity of carpule syringes | 93.9 |
| 7) Exploratory probes | 96.7 |
| Sufficient quantity of exploratory probes | 93.0 |
| Surgical instruments | |
| 8) Extracting forceps | 81.6 |

| | |
|--|------|
| Sufficient quantity of extracting forceps | 74.6 |
| 9) Elevators | 98.4 |
| Sufficient quantity of elevators | 91.9 |
| 10) Scalpel handles | 90.9 |
| Sufficient quantity of scalpel handles | 83.0 |
| 11) Surgical curettes | 86.9 |
| Sufficient quantity of surgical curettes | 81.1 |
| 12) Child forceps | 89.1 |
| Sufficient quantity of child forceps | 79.4 |
| 13) Adult forceps | 98.3 |
| Sufficient quantity of adult forceps | 96.1 |
| 14) Bone files | 67.4 |
| Sufficient quantity of bone files | 61.7 |
| 15) Needle holders | 96.9 |
| Sufficient quantity of needle holders | 90.1 |
| 16) Syndesmotomes | 89.3 |
| Sufficient quantity of syndesmotomes | 84.1 |
| 17) Surgical aspirators | 34.5 |
| Sufficient quantity of surgical aspirators | 32.7 |
| 18) Surgical scissors | 93.4 |
| Sufficient quantity of surgical scissors | 84.6 |
| Restorative instruments | |
| 19) Calcium hydroxide applicators | 96.0 |
| Sufficient quantity of calcium hydroxide applicators | 91.1 |
| 20) Amalgam restoration burnishers | 94.1 |

| | |
|--|------|
| Sufficient quantity of amalgam restorative burnishers | 90.5 |
| 21) Amalgam filling condensers | 91.7 |
| Sufficient quantity of amalgam filling condensers | 88.3 |
| 22) Dentin scrapers | 95.1 |
| Sufficient quantity of dentin scrapers | 90.5 |
| 23) Pulpotomy scrapers | 63.3 |
| Sufficient quantity of pulpotomy scrapers | 60.2 |
| 24) Carvers | 90.3 |
| Sufficient quantity of carvers | 85.7 |
| 25) Resin insertion spatulas | 92.1 |
| Sufficient quantity of resin insertion spatulas | 84.4 |
| 26) Amalgam holders | 91.1 |
| Sufficient quantity of amalgam holders | 84.3 |
| 27) Matrix holders | 95.3 |
| Sufficient quantity of matrix holders | 89.1 |
| Periodontal instruments | |
| 28) Millimeter probes | 48.6 |
| Sufficient quantity of millimeter probes | 44.0 |
| 29) Periodontal curettes | 92.1 |
| Sufficient quantity of periodontal curettes | 84.3 |
| 30) Periodontal curette sharpening hones | 48.9 |
| Sufficient quantity of periodontal curette sharpening hone | 46.7 |
| Endodontic instruments | |
| 31) Endodontic aspiration cannulas | 26.8 |
| Sufficient quantity of endodontic aspiration cannulas | 24.9 |

| | |
|--|------|
| 32) Broaches | 43.7 |
| Sufficient quantity of broaches | 41.4 |
| 33) Endodontic files | 50.7 |
| Sufficient quantity of endodontic files | 47.5 |
| Prosthesis instruments | |
| 34) Plaster and alginate spatulas | 17.5 |
| Sufficient quantity of plaster and alginate spatulas | 16.6 |
| 35) Rubber mortars | 16.4 |
| Sufficient quantity of rubber mortars | 15.7 |
| 36) Molds | 14.3 |
| Sufficient quantity of molds | 13.6 |

The analysis of the number of instruments present in each oral health service (Figure 1) showed that only 0.4% of these services (n=66) had all 36 dental instruments. One-quarter of the oral health services had up to 23 dental instruments, the median number was 27 instruments, and three-quarters of the teams had up to 30 instruments.

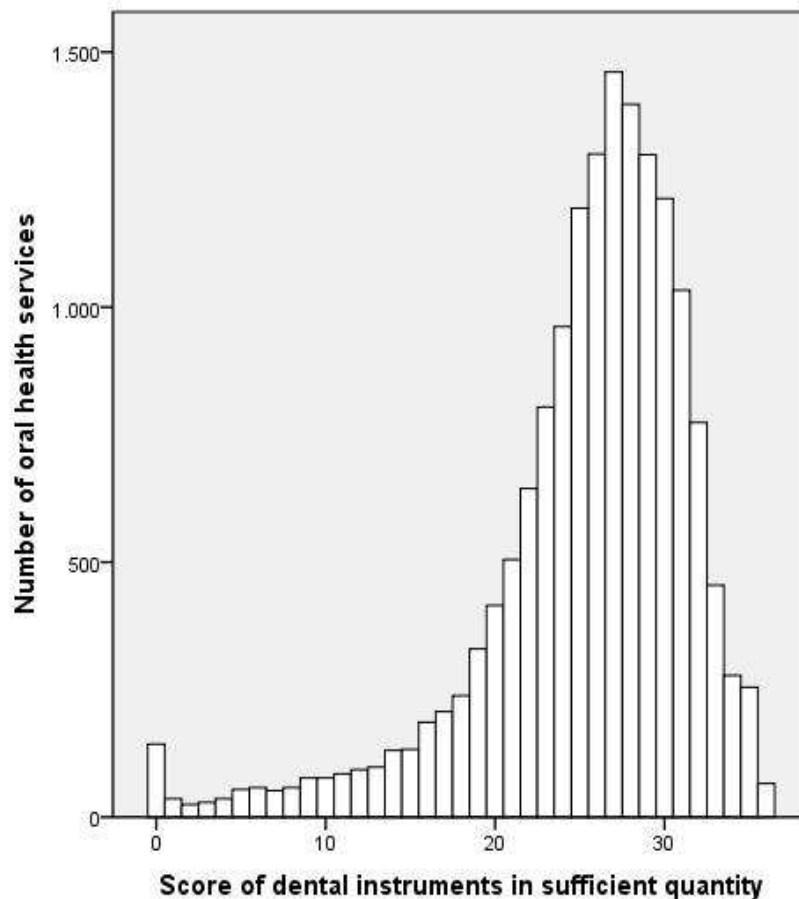


Figure 1. Distribution of the scores on a survey of presence of dental instruments in sufficient quantity conducted in Brazilian primary oral health care offices, 2013-2014. The score was the number of criteria (out of 36) met for each clinic. Survey items focused on the basic dental instruments, surgical instruments, restorative instruments, periodontal instruments, endodontic instruments and prosthesis instruments.

The different forms of oral health service organizations exhibited differences in the number of available instruments. Services that offered more shifts and longer opening hours had more instruments available. OHTs including an oral health technician (OHTech) and those sharing instruments with other OHTs reported a higher number of dental instruments (Table 2).

Table 2. Comparison of the distribution of instrument presence scores (0 to 36) primary oral health care, SUS, Brazil (n=16,202) according to the health service's organizational features, 2013-2014.

| Variable | Mean (SD) | Minimum | Median | Maximum |
|--|------------------|----------------|---------------|----------------|
| Service shifts | | | | |
| One shift (n=1,334) | 22.50 (7.51) | 0 | 24.00 | 36 |
| Two shifts (n=14,862) | 25.63 (6.14) | 0 | 27.00 | 36 |
| Not treating (n=6) | 9.33 (14.51) | 0 | 0.00 | 30 |
| Service available between 12pm and 2pm | | | | |
| Yes (n=4,711) | 25.77 (6.20) | 0 | 27.00 | 36 |
| No (n=11,485) | 25.20 (6.38) | 0 | 26.00 | 36 |
| Not treating (n=6) | 9.33(14.51) | 0 | 0.00 | 30 |
| Service available at night | | | | |
| Yes (n=589) | 28.01 (6.15) | 0 | 30.00 | 36 |
| No (n=15,613) | 25.26 (6.33) | 0 | 26.00 | 36 |
| OHT Mode | | | | |
| Type I (n=13,982) | 25.15 (6.34) | 0 | 26.00 | 36 |
| Type II (n=1,928) | 26.94 (5.95) | 0 | 28.00 | 36 |

| | | | | |
|---|--------------|---|-------|----|
| Not FHS (n=292) | 25.39 (7.14) | 0 | 27.00 | 36 |
| Shares instruments with other OHTs | | | | |
| Yes (n=2,079) | 25.66 (6.58) | 0 | 27.00 | 36 |
| No (n=9,682) | 25.11 (6.25) | 0 | 26.00 | 36 |
| Does not know/Did not answer (n=4,441) | 25.79 (6.41) | 0 | 27.00 | 36 |

The mean and median values for the number of dental instruments were higher in the South and Southeast regions and lower in North, Northeast and Central-West Brazil (Table 3).

Table 3. Comparison of scores for the presence of instruments (0 to 36) primary oral health care, SUS (n=16,202), among Brazil's five geographic regions, 2013-2014.

| Brazilian region | Mean (SD) | Minimum | Median | Maximum |
|------------------------|--------------|---------|--------|---------|
| North (n=1,097) | 21.59 (8.20) | 0 | 24.00 | 36 |
| Northeast (n=7,199) | 24.09 (6.41) | 0 | 25.00 | 36 |
| Central-West (n=1,389) | 26.08 (6.38) | 0 | 27.00 | 36 |
| Southeast (n=4,256) | 27.00 (5.20) | 0 | 28.00 | 36 |
| South (n=2,261) | 27.71 (5.08) | 0 | 29.00 | 35 |

Discussion

Health service infrastructure is a key component in the quality of a health system.⁵ PHC oral health services in Brazil have shortages of the instrumentation necessary for performing dental care, and differences exist among OHTs according to organizational characteristics and across different Brazilian regions.

The evaluated dental instruments can be considered to form part of the minimum necessary equipment to perform PHC procedures. The lack of these instruments, as identified in this study, may be important in defining the work process and may hinder access to and the quality of oral health services (14,15).

In addition to the high frequency of basic dental instruments that are used for many clinical interventions, surgical and restorative instruments, with few exceptions, were most commonly identified in the oral health services. This finding may reflect the fact that surgical-restorative practice is still very common in Brazil (16,17), despite the major changes that have occurred in public policy in recent years (1). However, the oral disease burden in the country, identified in recent epidemiological oral health surveys (12), requires the performance of surgical and restorative procedures, for which the Brazilian oral health services seem to have a good structure.

The lack of instruments necessary for the clinical diagnosis of periodontal disease in more than half of the oral health services is troubling. One of the principles of PHC is first contact (18), and in this regard, oral health care in the SUS provides the first scheduled dental appointment, which defines the clinical diagnosis to perform a preventive and therapeutic treatment plan (19). The diagnosis and treatment of periodontal disease in PHC is therefore important, given the disease burden and its interrelationships with systemic conditions (20).

The low numbers of endodontic instruments and curettes for pulpotomy may make the treatment of acute cases of odontogenic origin inviable and compromise the service's ability to resolve issues, especially due to the relatively high prevalence of dental pain in Brazil (21).

Frequent and early tooth loss in the Brazilian population has led to the generation of policies to address its causes and its consequences. In this regard, the fitting of dental prostheses in PHC may increase access, especially among the adult and elderly population, to rehabilitation procedures (22). Although it is not the only complicating factor of access to oral health services, the frequent absence of prosthesis instrumentation may contribute to the non-

performance of such procedures in the PHC of most services, as has been identified in another study (23).

One of the characteristics of oral health in the FHS is the presence of oral health assistants and technicians. International studies (24,25) have suggested that the inclusion of these professionals in health teams can increase service access and productivity and reduce disparities in oral health and health care costs. Accordingly, the fact that OHT type II services (with an Oral Health Technician) have a greater mean number of instruments than type I services (without an Oral Health Technician) is consistent, as the inclusion of an Oral Health Technician facilitates increased productivity.

Services with more service shifts also have a higher number of instruments. The number of shifts reflects an increase in the population's access to oral health services (especially for workers, who have difficulty accessing health facilities during conventional working hours). This creates a need for a better infrastructure for treating these users. Management has the role of developing strategies, diagnosing situations and scaling resources. Thus, management decisions can affect the determination of service shifts, which has a direct relationship with access and hence in the planning of that service's care provision infrastructure (18). However, due to the cross-sectional design of this study, it is not possible to ascertain whether the presence of an increased number of instruments was a cause or consequence of different working process strategies.

The regional differences identified in this study are similar to those found in other Brazilian oral health service evaluations (23) and likely reflect the social and economic diversity of the country. Previous studies have shown that social differences, including those identified at the municipal level, are key to the organization of oral health services and should be considered when formulating organizational strategies for these services (19).

The results of this study should be interpreted with caution regarding the external validity, given the significant percentage of OHTs that were not involved in the PMAQ-AB. Moreover, it is known that infrastructure of the OHT is more than dental instruments. The reason for describing dental instruments is based on the fact that there is a standardization of the minimum instruments necessary for the development of actions in primary care in oral health, which does not occur for other items analyzed by the PMAQ. The diagnoses of the structural conditions of oral health services of PHC at a national level are rare in the scientific literature, and such a diagnosis can contribute to advances in the planning and scheduling of oral health

actions. In the case of the evaluated PHC system, a need was identified to improve the availability of dental instruments to satisfactorily meet the epidemiological reality of the Brazilian population. An inability to resolve the demands of the population due to a lack of adequate infrastructure has likely been an important factor in the work process and, ultimately, in outcomes in terms of morbidity, satisfaction and quality of life of the population served. In this regard, analytical studies should be conducted to examine the associations between structure, process and results, given the need to really understand the relationship between these quality dimensions (7), especially in oral health services.

Conclusion

The studied Brazilian oral health services were equipped with basic, surgical and restorative dental instruments. Instruments designed for periodontal diagnosis, emergency care and prosthetic rehabilitation were less frequently found in these establishments. The worst infrastructure conditions existed in the OHTs with the worst forms of care organization and in regions with greater social issues.

Acknowledgements

The authors thank the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (*Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq*) for the support received (307617/2015-7) and also extend their thanks to the *Pró-reitoria de Pesquisa - UFMG*.

References

1. Pucca Jr. GA, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res* 2015;94:1333-1337.
2. Mendes EV. [Health care networks]. *Cien Saude Colet* 2010;15:2297-2305.
3. PMAQ Segundo Ciclo. PMAQ Segundo Ciclo [Internet]. 2013 Janeiro 15. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
4. Scholz S, Ngoli B, Flessa S. Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities - a relevant instrument for health care systems management. *BMC Health Serv Res* 2015;15:183.
5. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, et al. Implementation processes and pay for performance in healthcare: A systematic review. *J Gen Intern Med* 2016;31:61-69.
6. World Health Organization. Core components for infection prevention and control programmes [Internet]. 2008 June 26. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16342e/s16342e.pdf>.
7. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748.
8. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010;11:81.
9. Goetz K, Campbell SM, Broge B, Brodowski M, Wensing M, Szecsenyi J. Effectiveness of a quality management program in dental care practices. *BMC Oral Health* 2014;14:41.
10. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J* 2013;63:237-243.
11. Domingos CM, Nunes Ede F, Carvalho BG, Mendonça Fde F. [Legislation on primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis]. *Cad Saude Publica*. 2016;32:e00181314.
12. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43:317-324.

13. Wasserstein R, Lazar NA. The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. *Am Statist* 2016;70:129-133.
14. Pruksapong M, MacEntee MI. Quality of oral health services in residential care: towards an evaluation framework. *Gerodontol* 2007;24:224-230.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 2005;83:691-729.
16. Nickel DA, Lima FG, Bidigaray da Silva B. [Dental care models in Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;24:241-246.
17. Cunha MA, Lino PA, Santos TR, Vasconcelos M, Lucas SD, Abreu MH. A 15-year time-series study of tooth extraction in Brazil. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1924.
18. Pasarin MI, Berra S, Gonzalez A, Segura A, Tebe C, Garcia-Altes A, et al. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. *Gac Sanit* 2013;27:12-18.
19. Esteves RS, Mambrini JV, Oliveira AC, Abreu MH. Performance of primary dental care services: an ecological study in a large Brazilian city. *ScientificWorldJournal* 2013;2013:176589.
20. Garcia RI, Compton R, Dietrich T. Risk assessment and periodontal prevention in primary care. *Periodontol 2000* 2016;71:10-21.
21. Souza JG, Martins AM. [Dental pain and associated factors in Brazilian preschoolers]. *Rev Paul Pediatr* 2016 34:336-342.
22. Godoi H, Mello AL, Caetano JC. [An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2014;30:318-332.
23. dos Reis CMR, da Matta-Machado ATG, do Amaral JHL, Werneck MAF, de Abreu M. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12:667-678.
24. Bailit HL, Beazoglou TJ, DeVitto J, McGowan T, Myne-Joslin V. Impact of dental therapists on productivity and finances: I. Literature review. *J Dent Educ* 2012;76 (8):1061-1067.
25. Nash DA. Adding dental therapists to the health care team to improve access to oral health care for children. *Acad Pediatr* 2009;9:446-451.

6 PRODUTO TÉCNICO

Este capítulo faz parte de um e-book que está em construção pela turma do mestrado profissional. Aspectos relativos à avaliação em saúde, monitoramento do serviço de saúde bucal, evolução do financiamento em saúde bucal e processo de licitação em odontologia serão abordados neste capítulo, sendo que os dois últimos serão objeto do texto a seguir.

A questão da infraestrutura nas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Joyce Lopes

Andréa Clemente Palmier

Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

O que é escrito sem esforço em geral é lido sem prazer.

(Samuel Johnson)

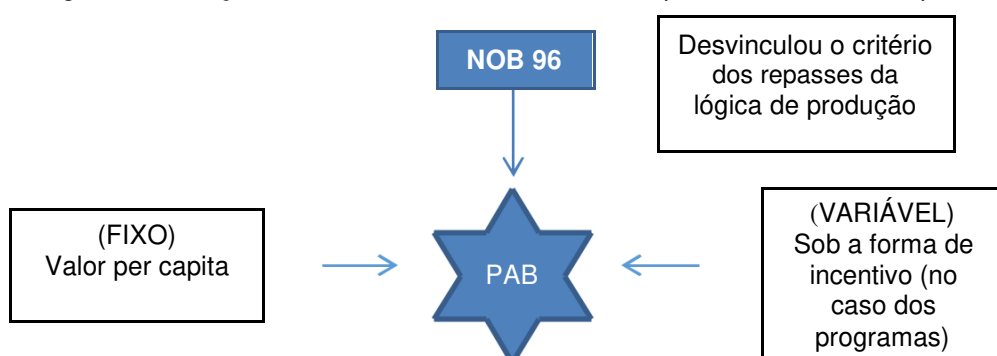
Este capítulo foi proposto e planejado a partir dos estudos realizados na dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública da FO-UFMG. Tem como público alvo os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Saúde Público brasileiro, em especial àqueles que trabalham na gestão do processo de trabalho da Odontologia.

Inicialmente, são apresentados esclarecimentos sobre a evolução do financiamento na perspectiva do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Posteriormente aborda-se o tema Licitação em saúde bucal.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde 2006, vem sendo considerada como estratégia prioritária para ampliação e solidificação desse nível do sistema de saúde brasileiro. Imprescindível à organização da atenção básica do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994, inicialmente denominada Programa de Saúde da Família (PSF), e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 - NOB/SUS -96, que definiu suas formas de financiamento, inserindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB (Brasil, 2004).

Figura 1- Evolução do financiamento federal voltado para a saúde bucal a partir da NOB 96



A ESF visa à reorientação do processo de trabalho das equipes no SUS (Brasil, 2006). A partir do ano 2000, a entrada da saúde bucal na ESF ocorreu de forma oficial. A Portaria GM/MS nº1. 444/2000 estabeleceu o incentivo financeiro para custeio das ações e inserção dos profissionais, além de incentivo adicional por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Isso resultou em um grande impulso para a expansão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) pelo Brasil. O gestor municipal deveria garantir a infraestrutura e os equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações específicas (Brasil, 2000).

Para a saúde bucal esta nova forma de se fazer as ações habituais, configura, conjuntamente, uma evolução expressiva e um notável desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com perspectiva de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Presume-se um cenário de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às reivindicações da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, resultando em uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (Brasil, 2011).

Os espaços físicos destinados às instituições prestadoras de serviços de saúde, em especial àquelas destinadas ao atendimento ambulatorial, sempre foram construídos ou adaptados para atender ao modelo sanitário dominante, focado na doença, em detrimento das ações de promoção à saúde. Problemas na infraestrutura têm sido identificados nas Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2002).

Assegurar a disponibilização dos profissionais nos espaços de prestação de serviços de saúde não possibilita a mudança que o SUS requer para o atendimento do princípio da universalização. A capacitação desses é condição primordial para a incorporação de tecnologias que possam subsidiar a transformação das práticas de saúde. Não resta dúvida de que as questões relacionadas à área física contribuem para melhoria da qualidade da atenção prestada (Minas Gerais, 2004).

A elaboração de políticas de provimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição de equipamentos odontológicos, garante o pleno aproveitamento da capacidade instalada da rede de serviços, de modo a garantir condições apropriadas de trabalho. As normas e

padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária devem ser rigorosamente seguidos para a conformidade deste aspecto (Brasil, 2004).

Tendo em vista a necessidade de incentivar a reorganização da atenção à saúde bucal na atenção básica, por meio das ESB da ESF, tal como a necessidade de ampliação da resolutividade das ações básicas de saúde bucal, objetivando a integralidade da assistência, algumas portarias foram criadas pelo Ministério da Saúde para fornecer incentivos para a estruturação dos serviços de saúde bucal já instalado ou em vias de instalação.

Financiamento das ações de saúde bucal na Atenção Básica

O financiamento da saúde bucal através de incentivos federais se inicia em 2000, no âmbito da Atenção Básica, com a inserção das equipes de saúde bucal no então PSF, com o aumento contínuo e crescente de recursos financeiros. A composição das ESB, com os respectivos valores de custeio anual e valores de incentivo podem ser encontrado em Kornis *et al.* (2011).

Em 2009, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 2.372/GM de 07 de outubro de 2009, criou o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Art 1º § 1º Os equipamentos a serem fornecidos compreendem um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação).

Art 2º § 3º Recomenda-se que o recurso para investimento das equipes de Saúde Bucal, nas Unidades Básicas de Saúde, referente às Portarias [Nº 648/GM](#) e [Nº 650/GM](#), ambas de 28 de março de 2006, seja destinado, além do definido nessas Portarias, à aquisição dos itens relacionados na lista de instrumentais e materiais permanentes odontológicos constantes do **Anexo da portaria 2372 de 07/10/10**, de acordo com a necessidade do atendimento.

Segue-se com as portarias nº 366/GM, de 05/03/12, portaria nº 3022/GM de 26/12/12, portaria nº1301/GM, de 28/06/13 e mais recentemente a portaria nº843, de 27/04/2016, reajustando os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os municípios que implantaram ESB na ESF.

Em estudo feito por Moimaz *et al.* (2008), observou-se que grande parte dos recursos em saúde bucal são investidos na compra de materiais. Teixeira e Teixeira (2003) concordam com as respostas dos participantes do estudo no que tange à mobilização de recursos financeiros para a obtenção de materiais e investimentos em infraestrutura, que são indispensáveis à efetiva ação sanitária.

As portarias definindo incentivos financeiros para a aquisição de equipamentos e instrumentais odontológicos é o primeiro passo de um caminho que ainda possui alguns obstáculos e etapas a serem desenvolvidas. Para que os gestores municipais e estaduais realizem a compra de equipamentos, materiais e insumos para o desenvolvimento das atividades odontológicas é preciso que se lance mão do princípio constitucional, facultado aos gestores do SUS, de lançar mão de serviços não estatais (Brasil, 2007).

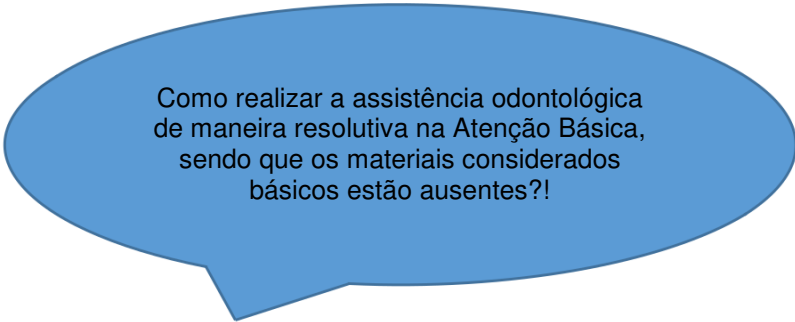
Em seu Art. 199, parágrafo 1º, a Constituição define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Assim, foram estabelecidas as primeiras medidas de regulação e controle para a compra de serviços de saúde e evidenciando a necessidade de planejamento (Brasil, 1988).

O trabalho de dissertação que teve como produto técnico este capítulo mostra que a legislação brasileira tem um enfoque importante nas questões relativas à estrutura e financiamento dos serviços de saúde. Entretanto, mesmo com grande investimento, muitos instrumentais odontológicos, considerados como parte mínima necessária para a realização dos procedimentos na Atenção Primária à Saúde estão ausentes nos serviços.

Os resultados do estudo mostraram que os instrumentais básicos, cirúrgicos e restauradores foram os mais frequentes. Instrumentais para exame periodontal, para atendimento de urgências e para reabilitação protética obtiveram os menores percentuais. Piores condições de infraestrutura foram encontradas em serviços com piores formas de organização do atendimento odontológico, e em regiões com maiores desafios sociais.

No caso da Atenção Primária em Saúde (APS) avaliada, identificou-se necessidade de avanços na disponibilização de instrumentos odontológicos que possam atender satisfatoriamente a realidade epidemiológica da população brasileira. A impossibilidade de resolver as demandas das populações pela falta de infraestrutura adequada, provavelmente tem sido um fator importante para o processo de trabalho e, finalmente, para os resultados em termos de morbidade, satisfação e qualidade de vida da população atendida.

PARA REFLEXÃO



Como realizar a assistência odontológica de maneira resolutiva na Atenção Básica, sendo que os materiais considerados básicos estão ausentes?!

Considerando que a compra de materiais, equipamentos e insumos para os setores da Administração são realizadas, excetuando-se os casos específicos, através de Licitações, falaremos a seguir um pouco sobre este processo.

Licitação

A Administração Pública está submetida a regras e condições determinadas nas leis Federais, no que diz concerne às compras, contratações e serviços; para que o dinheiro público não seja gasto de forma indevida, objetivando interesses próprios e não os da coletividade. As leis que demarcam as fases das compras procuram impossibilitar compras públicas em favorecimento pessoal ou de terceiros (Brasil, 2014).

As compras públicas são, quase na sua plenitude, empreendidas por intermédio de processos licitatórios, regidas pela Constituição Federal e, principalmente, pela lei de licitações Nº 8.666/93 com exceção daquelas que podem, segundo a mesma lei, serem efetuadas diretamente.

Para Meirelles (2003, p. 264):

Licitação é o procedimento administrativo mediante o qual a administração pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse. Como procedimento, desenvolve-se através de uma sucessão ordenada de atos vinculantes para a administração e para os licitantes o que propicia igual oportunidade a todos os interessados e atua como fator de eficiência e moralidade nos negócios administrativos.

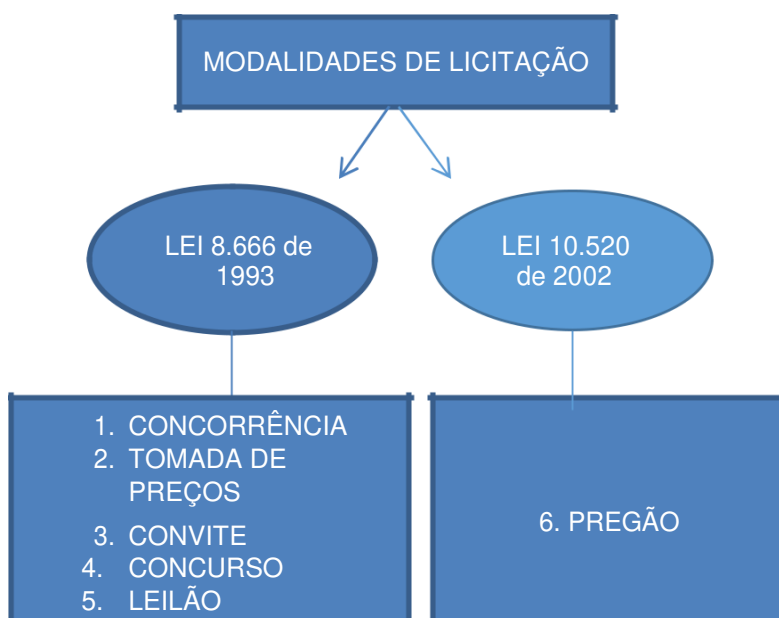
Na área da saúde, sabe-se que há o hábito de não realizar o procedimento licitatório ao contratar serviços privados de saúde, entretanto, não há fundamento legal para tal procedimento. Nada poderá desprender a administração pública de realizar procedimento licitatório, nem sequer o fato de os preços dos serviços serem previamente fixados pelo poder público (Tabela de Procedimentos SUS), isso não se torna motivo legítimo para não se fazer licitação. As exceções ao rito licitatório são os casos de inexigibilidade e dispensa de licitação, previstos na Lei de Licitações (Brasil, 2014).

Do ponto de vista técnico, um dos grandes impasses dos processos licitatórios, em referência a sua natureza - que é a de adquirir bens e serviços que sejam realmente indispensáveis, vitais e apropriados para suprir as demandas relacionadas à execução e manutenção das inúmeras atribuições da Administração Pública (área administrativa, saúde, educação, limpeza, cultura, esportes, obras, etc.) - é a falta de critérios técnicos na formulação do processo, que geralmente é feito por um assistente administrativo e que muitas vezes, não tem conhecimento técnico que o torne qualificado de fazer uma descrição adequada dos itens quando da formulação dos pedidos de compra e seus descritivos. Como esperar que um (ou alguns poucos) assistente(s) administrativo(s) tenham conhecimentos sobre itens tão variados como: medicamentos, equipamento hospitalar, material de limpeza, livros didáticos, e etc.



A Administração Pública, quando da elaboração do edital, deve demonstrar claramente aos licitantes a qualidade do bem ou serviço a ser adquirido, bem como a estimativa dos preços a serem praticados, pois assim não haverá propostas vantajosas economicamente com produtos de péssima qualidade. Os administradores devem sempre primar pela aquisição com as melhores

Concorrência, tomada de preços, convite, concurso, leilão e pregão são as modalidades licitatórias existentes. Cada uma possui sua característica peculiar. O pregão é a mais recente das modalidades e veio conferir maior competitividade e oportunidade de competição.



MODALIDADES DE LICITAÇÃO

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
| Concorrência | Tomada de Preço | Convite | Concurso | Leilão | Pregão |
| Valor do Objeto | | | | | |
| Obras e serviços de engenharia acima de R\$ 1.500.000,00; Compras e outros serviços acima de R\$ 650.000,00. | Obras e serviços de engenharia acima de R\$ 150.000,00 até R\$ 1.500.000,00; Compras e outros serviços acima de R\$ 80.000,00 até R\$ 650.000,00. | Obras e serviços de engenharia acima de R\$ 15.000,00 até R\$ 150.000,00; Compras e outros serviços acima de R\$ 8.000,00 até R\$ 80.000,00. | Sem valores estipulados. | Sem valores estipulados | Sem valores estipulados |
| Contratações de maior vulto ou valor. Ex: obras e serviços de engenharia | Contratações de valor intermediário | Contratações de menor valor | Ajustados para objetos específicos | Ajustados para objetos específicos Ex: venda de imóveis | Modalidade adotada para a aquisição de bens e serviços comuns |

Fonte: Lei 8.666/96

Algumas vezes, as licitações no serviço público, principalmente quando se diz respeito a materiais e bens de consumo, em especial na área da saúde, são realizadas conjuntamente com as demais áreas, como por exemplo, para materiais de enfermagem. Isso se justifica visto que o processo licitatório incide em custos para o município, estado ou federação. Dessa forma, a escolha da modalidade está vinculada ao valor e interesses da administração.

A lei 8.666/93 (Brasil, 1993) lista os seguintes tipos de licitação, que são utilizados para o julgamento das propostas.

MENOR PREÇO - quando o critério de seleção da proposta mais vantajosa para a Administração determinar que será vencedor o licitante que apresentar a proposta de acordo com as especificações do edital ou convite e ofertar o menor preço.

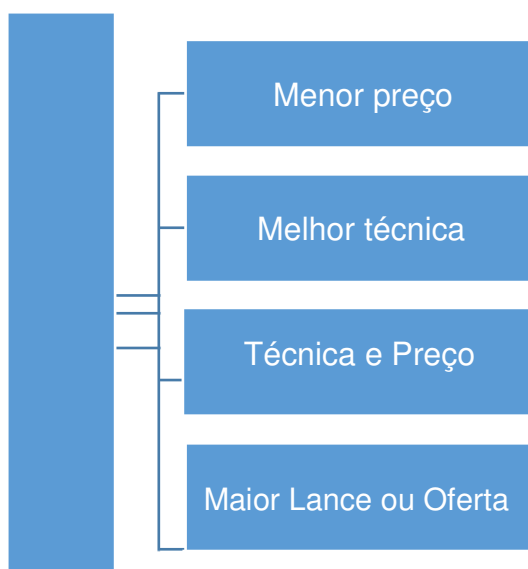
Modalidades que empregam: **Concorrência, Convite, Tomada de Preço, Pregão**

MELHOR TÉCNICA ou TÉCNICA E PREÇO - serviços de natureza predominantemente intelectual.

Modalidades que empregam: **Concorrência, Convite, Tomada de Preço**

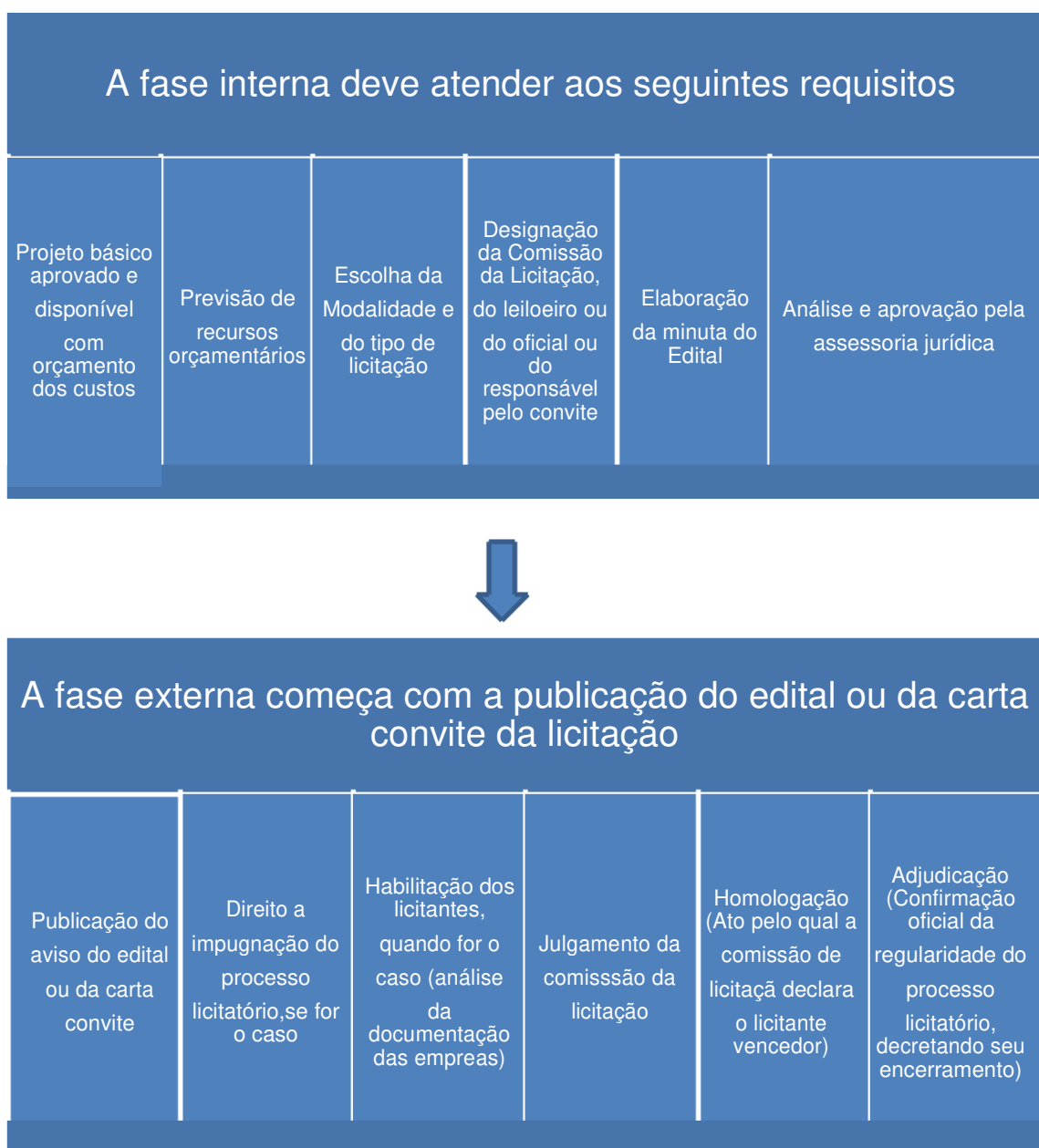
MAIOR LANCE OU OFERTA - nos casos de alienação de bens ou concessão de direito real de uso.

Modalidades que empregam: **Leilão**



Atualmente, o pregão é uma das modalidades mais usadas para a compra de materiais e insumos odontológicos (bens e serviços comuns cujos padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos no edital por meio de especificações do mercado). Ao final do capítulo, há um edital de processo licitatório na modalidade pregão, como exemplo, no qual podemos observar como é feito as especificações dos materiais (objetos) que são pretendidos para a compra da Administração Pública.

FASES DA LICITAÇÃO



Fluxo do Processo Licitatório

A seguir, um exemplo de processo licitatório para compra de **materiais odontológicos** na Modalidade **PREGÃO PRESENCIAL**.

Passos:

FASE INTERNA

- 1- Solicitação inicial de compras (coordenador ou responsável direto pela Odontologia).
- 2- Especificação do material para que a cotação de preço seja realizada. Como a indicação da marca comercial não é permitida, o profissional de saúde deve detalhar da melhor forma possível o item a ser licitado, considerando o objetivo final de uma compra com menor preço e qualidade adequada.
- 3- Cotação/ Pesquisa de Preços (mínimo de três).
- 4- Escolha da modalidade e designação da comissão de Licitação ou Pregoeiro (neste caso, Pregão Presencial)
- 5- Encaminhar ao secretário para avaliar se esta despesa está prevista em orçamento (caso sim, prossiga)
- 6- Requisição através de ofício para o setor de Licitação para realização do Certame
- 7- Contabilidade também dá um parecer para dotação orçamentária
- 8- Abertura do processo licitatório autorizada pelo prefeito
- 9- Edital é enviado ao setor jurídico para parecer (vícios, inconstitucionalidades)
- 10- Parecer jurídico (favorável ou não)

FASE EXTERNA E DIA DA LICITAÇÃO

- 11- Publicação do edital nos veículos oficiais conforme valor estimado (quanto maior o valor, mais veículos devem ser utilizados- ex: Diário Oficial da União); (Mínimo de 8 dias de exposição do edital)
- 12- A partir da publicação todas as fases do certame são passíveis de recurso/impugnação

13- A modalidade já foi prevista no Edital. Neste caso, usaremos o PREGÃO PRESENCIAL.

14- Credenciamento dos representantes das empresas.

É importante destacar que na modalidade de pregão há inversão das fases. Primeiro abrem-se os envelopes proposta, havendo disputa de lances com o intuito de baixar os preços apresentados. O envelope habilitação somente é aberto da empresa que apresentou o menor preço.

15- Envelope 1 (PROPOSTA)

Envelope 2 (DOCUMENTAÇÃO)

16- Abertura do 1º envelope de todos os credenciados

17- Registra no mapa de lance o nome da empresa e o valor da proposta de cada um

18- Abertura da fase de lance (inicia-se com o menor lance)

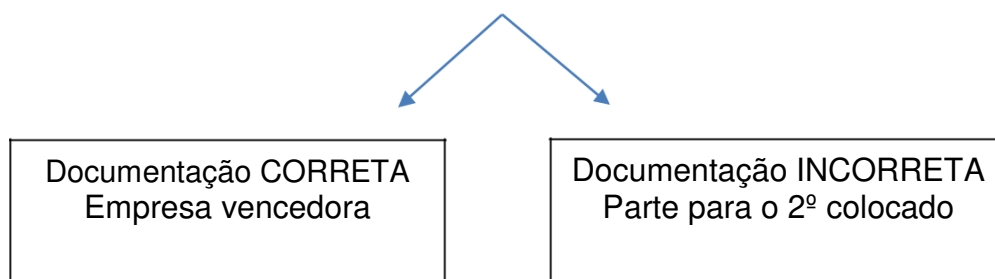
(somente poderão dar lances as empresas que tenham suas propostas com valor máximo de até 10% acima da menor proposta).

OBS: Caso não haja ao menos três propostas nestas condições, os lances orais poderão ser feitos pelos licitantes das três melhores propostas, independente do preço que tenham oferecido.

19- Partindo da menor proposta inicia-se os lances de forma sequencial até que reste apenas 01 empresa

20- Sabemos o ganhador.

(confere-se a documentação (autenticada) da empresa vencedora da fase de lances)



21- A empresa habilitada na fase de documentos será aquela com a qual a prefeitura fará um contrato.

Documentação do fornecedor será encaminhada para formalização do contrato após prévia adjudicação do objeto pelo prefeito e homologação.

Após assinatura do contrato é estipulado um prazo para entrega do objeto /material no respectivo local.

Ordem de fornecimento (será empenhada). O empenho garante que a prefeitura faça o pagamento e se comprometa a não utilizar o valor para outros fins.

Recebendo o material ele será avaliado por profissionais técnicos que darão um parecer se o material entregue está de acordo com as especificações. Emissão de notas fiscais.



- ✓ Não é preciso pedir toda a quantidade de material estimada; com isto, resulta-se em economia para o município;
- ✓ Desburocratização e simplicidade: só serão analisados os documentos de qualificação, exclusivamente, do licitante vencedor da fase de propostas;
- ✓ Propicia maior competitividade entre os licitantes, que podem ofertar lances menores, diminuindo, por conseguinte os seus preços;
- ✓ Evita a perda de validade dos produtos estocados;
- ✓ Entre um pedido e outro o município pode ficar um tempo sem material (por isso é imprescindível a organização das compras)

(Souza, 2011)

Saiba mais

- Lei 8.666/96
- https://www.planalto.gov.br/ccivil_05/leis/L8666cons.htm
- <http://portal.tcu.gov.br/>





Exemplo de Edital de Processo Licitatório na área de Odontologia mostrando como é feita as especificações para equipamentos, instrumentais e materiais de consumo



**Ministério Público
do Estado do Acre**
Centro de Especialidades em Saúde - CES



TERMO DE REFERÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO

Objeto: Aquisição de equipamentos, material permanente (instrumentais) e consumo odontológicos para a estruturação e funcionamento do consultório odontológico do Centro de Especialidades em Saúde do Ministério Público do Estado do Acre.

Modalidade e Tipo de Licitação: Pregão Presencial por Sistema de Registro de Preços do tipo menor preço por lote.

Referências Normativas: Leis nº. 8.666/93 e 10.520 e o Decreto nº 7.892/2013.

3. ESPECIFICAÇÕES E QUANTIDADES DOS PRODUTOS POR LOTE

3.1 LOTE 1: Equipamentos Odontológicos

| | | |
|---|---------|---|
| AUTOCLAVE ODONTOLÓGICA 19 LITROS, câmara de esterilização em aço inox, gabinete em alumínio com revestimento epóxi, sistema de vedação da porta em silicone de alta performance resistentes a altas temperaturas: válvula de segurança automática, pressão de esterilização 1,3/1,7/2,1/2,3/Kg \pm 0,2 Kg cm^2 : Temperatura de pressão de 121°C/127°C/131°C/134°C. Reservatório de água incorporado com abastecimento automático da câmara, 4 ciclos de esterilização pré-programados. | Unidade | 1 |
| AUTOCLAVE: Autoclave de 21 litros digital, características gerais: Bi volt 127/220 VAC – automático; -Manômetro com escala de pressão e temperatura; -Ciclo de trabalho automático; - Secagem com a porta fechada, - Termostato de segurança para proteção de resistência e sobre aquecimento da câmara; - Válvulas de segurança (anti-vácuo e sobre pressão); - Abastecimento de água mineral; - Porta com fechamento através de trava; - Câmara em aço inoxidável (AISI 304), revestida com material isolante ao calor; - Gabinete externos em aço carbono; - 3 bandejas; - 2 ciclos de esterilização; - tempo de esterilização: 123°C/15min; - Potência: 1700W; - Dimensões Gabinete; - Comprimento: 645mm; - Largura: 352mm; - Altura: 365mm; - e autoclave de 21 Litros. | Unidade | 1 |
| CANETA DE ALTA ROTAÇÃO com sistema Push-Button, autoclavável. | Unidade | 7 |
| COMPRESSOR DE AR: protetor térmico; válvula de segurança; reservatório com revestimento à base de epóx, que elimina a formação de ferrugem; válvula reguladora; volume de ar deslocado 130 l/m; tanque 30 l; 01 cilindro; potência do motor de 1,5 HP; comprimento de 430 mm; largura 187mm; altura 450mm; tensão 120/220 V; nível de ruído: máximo de 73 db. | Unidade | 1 |

| | | |
|---|---------|---|
| <p>CONSULTORIO ODONTOLOGICO - Cadeira Odontológica: Com movimentos de subida e descida do assento e do encosto, acionados por pedal de comandos, movimentos eletrônicos, caixa de comando integrada à base da cadeira, mangueiras embutidas, dispositivo de segurança, braço direito escamoteável, encosto de linhas arredondadas amplo e envolvente com curvatura anatômica e largura de 60cm na região lombar, capacidade para atingir altura mínima de 39cm no assento, articulação central única entre assento e encosto, encosto de cabeça bi- articulado. Base da cadeira de aço 3/8(polegadas), sistema pantográfico de elevação, encosto e base do assento envergalhões e chapa de aço, lâmina do encosto de cabeça polida e cromada, guias da lâmina em aço, proteção contra oxidação, pintura lisa na superfície, sistema fuso de inclinação do encosto e elevação do assento isento de óleo, transformador de 12V para o refletor, relê de partida e fusível de proteção, estofamento em espuma de poliuretano revestido com PVC expandido lavável e sem costura, posição volta-a-zero com três posição de trabalho acendimento do refletor no pedal com quatro intensidades de luz, altura mínima do assento 39cm, altura máxima do assento 78,5cm, comprimento 187cm, largura 60cm, peso 175Kg, alimentação elétrica bivolt. Compressor de ar Protetor térmico; válvula de segurança; reservatório com revestimento à base de epóx, que elimina a formação de ferrugem; válvula reguladora; volume de ar deslocado 130 l/m; tanque 30 l; 01 cilindro; potência do motor de 1,5 HP; comprimento de 430 mm; largura 187 mm; altura 450 mm; tensão 120/220 V; nível de ruído: máximo de 73 db. Equipo Odontológico tipo cart, base móvel sobre quatro rodízios, pedestal com linhas arredondadas, puxadores bilaterais, bloco de acionamento pneumático(BAP), suporte de pontas em peça única e destacável para higienização, estrutura em aço, corpo e capas em ABS, bandeja em alumínio, terminal para micromotor, terminal para alta rotação, seringa triplíce, mangueiras lisas e flexíveis, suporte de instrumentais, negatoscópio, largura 58cm, altura 86cm,profundidade 48cm. Mocho: com sistema de elevação do assento e do encosto acionados por alavancas, movimento de descida e subida por ação de mola, sistema de gás pressurizado, alavancas de regulagem da altura em baixo do assento, base com cinco rodízios, assento com formação anatômica e encosto com poliuretano injetável e recobertos em PVC expandido, sem costuras, lavável, altura máxima do assento 550mm, altura mínima do assento 450mm, diâmetro do assento 360mm. Refletor Odontologicomonofocal, cabeçote com puxador incorporado e espelho multifacetado, luz fria com distribuição uniforme. campo de iluminação 8x18cm a 80 cm de distância com</p> | Unidade | 1 |
| <p>20.000 lux, protetor da lâmpada e espelho em policarbonato transparente, transformador com seleção de voltagem, braços arredondados e pintura lisa. fusível de proteção: 2A(110/127V) 1A(220V), voltagem 110/ 127/220V, lampadahalogena 12Vx 55W.Unidade Auxiliar acoplada a cadeira, estrutura interna em alumínio com pintura lisa, bacia removível para desinfecção em cerâmica esmaltada com ralo separador de detritos, registro para acionamento da agua da cuspideira, dois terminais para sucção em alumínio em superfície lisa com acionamento automático, suporte de pontas maciço com formas arredondadas, caixa de esgoto selada em PVC com respiro e abafador, separador de detritos conectado a mangueira de sucção com tela de aço inoxidável. largura 23 cm, altura 18 cm, profundidade 38,5 cm, sugador adicional com potencia e sucção superior ao de série.</p> | | |

3.2 LOTE 2: Materiais permanente (Instrumentais) Odontológicos

| | | |
|--|---------|----|
| <p>ALAVANCA APICAL JOGO- 3 PEÇAS INFANTIL - Instrumento indicado para remoção de pontas de raízes e espículas ósseas. Possui lâminas longas, afiadas, finas e côncavas projetadas para deslizar nas paredes da cavidade alveolar. Embalagem com 3 alavancas. Contém: 1 alavanca curva esquerda, 1 alavanca curva direita e 1 alavanca reta. Com o tamanho de 15 cm. Fabricado em aço Inoxidável AISI-420, e distribuído em embalagem plástica com informações de modelo, procedência, validade e nº de registro na ANVISA.</p> | Unidade | 6 |
| <p>COLHER DE DENTINA Nº 11,5 em aço inoxidável com espessura mínima de 8 mm utilizado para remoção de tecido careado das cavidades dentárias.</p> | Unidade | 17 |
| <p>CONDENSADOR DE AMÁLGAMA WARD Nº 2 em aço inoxidável com espessura mínima de 8 mm usada em odontologia para condensação de material restaurador em cavidades dentárias.</p> | Unidade | 17 |

3.3 LOTE 3: Material de consumo odontológico

| | | |
|---|--------|----|
| ADESIVO PARA ESMALTE/DENTINA. Sistema adesivo dental fotopolimerizável de frasco único (primer +adesivo) com Nanopartículas de sílica, refil. Frasco com 6 ml | Frasco | 10 |
| FITA PARA AUTOCLAVE 19CMX30M A Fita Adesiva Autoclave é confeccionada com dorso de papel crepado à base de celulose | Caixa | 10 |
| MASCARA CIRURGICA DESCARTAVEL Embalagem com 50 unidades. Filtragem bacteriana superior a 96%, são hipoalergênicas. Confeccionada em três camadas. Com Elástico. Branca. | Caixa | 20 |

Considerações Finais

Este capítulo não pretende esgotar o tema sobre licitação de equipamentos em saúde bucal, mas contribuir para um maior conhecimento sobre ele e incentivar a elaboração de instrumentos que venham a aprofundar e ampliar o seu entendimento. De uma maneira geral, este trabalho teve como objetivo fornecer uma base para os profissionais de saúde e gestores da área de saúde bucal sobre o repasse financeiro federal para os serviços de saúde bucal e os caminhos do processo de licitação de forma resumida, com noções básicas acerca das etapas do certame, impulsionado pelos resultados de um trabalho feito em uma dissertação de mestrado que mostrou deficiências na infraestrutura dos serviços odontológicos, em especial, nos instrumentais.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 (Lei Geral das Licitações)**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. DOU, Brasília, DF, 22 jun. 1993, republicado em 6 jul. 1994 e retificado em 6 jul. 1994.
- 2 BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, **1988**. 292 p.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 4 BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 10.520, 17 de julho de 2002 (Lei do Pregão)**. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. DOU, Brasília, DF, 18 jul. 2002 e retificado em 30 jul. 2002.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
- 7 BRASIL. **Controladoria-Geral da União. Sistema de registro de preços; perguntas e respostas**. Brasília, DF: CGU/ Secretaria Federal de Controle Interno, 2014. 68 p.

- 8 KORNIS, G.E.M., MAIA, L.S., FORTUNA, R.F.P. **Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais.** Physis. Revista de Saúde Coletiva. 2011;21(1)197-215.
- 9 MEIRELLES, H.L. **Direito Administrativo Brasileiro.** 28 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.
- 10 MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde.** Maria Rizioneide Negreiros de Araújo et al. Belo Horizonte, 2004.
- 11 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009.** Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
- 12 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 366, de 5 março de 2012.** Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
- 13 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3022, dezembro de 2012.** Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
- 14 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 843, de 27 de abril de 2016.** Define os recursos financeiros destinados a aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
- 15 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1301, de 28 de junho de 2016.** Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados

aos Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

- 16 MOIMAZ, S.A.S. *et. al.*. **Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa**. Rev Adm Pública. 2008;42 (6): 1121-35.
- 17 SOUZA, K.D.B. **Pregão: vantagens e desvantagens para a Administração Pública**. 2011. 56 p. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- 18 TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.
- 19 TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Licitações e Contratos** 3 ed. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/licitacoes-e-contratos-4-edicao.htm>> Acesso em 02 out .2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa traz uma visão geral sobre a estrutura do serviço das ESB na ESF em todo o Brasil, com foco nos instrumentais odontológicos. Os resultados apontam que os serviços possuem com maior frequência instrumentais básicos, cirúrgicos e restauradores. Em menor percentual, os instrumentais periodontais, endodônticos e de prótese. Os serviços que atendem utilizando mais turnos e horários apresentam maior quantitativo de instrumentais disponíveis. As ESB com presença de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e que compartilham instrumentais com outras ESB, apresentam maior número de instrumentais odontológicos. As regiões do Brasil que enfrentam maiores desafios sociais, Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apresentam os menores valores médios e medianos da quantidade de instrumentais.

Os resultados relativos aos tipos de instrumentais encontrados com maior frequência podem refletir a prática cirúrgico-restauradora ainda bastante comum e demandada no Brasil, visto que a carga de doenças bucais no país, identificadas nos últimos inquéritos epidemiológicos, demandam este tipo de estrutura para os serviços de saúde bucal. Por outro lado, o percentual menor de instrumentais periodontais, endodônticos e de prótese, alerta para a necessidade das ESB avançarem para além das ações curativas básicas e cirúrgicas, investirem na estruturação da rede de serviços, para que haja melhora na assistência da doença periodontal, dos atendimentos a quadros agudos de origem odontogênica (quadro altamente prevalente no Brasil) e na reabilitação oral por meio da oferta de próteses nas UBS. A presença do TSB possibilita maior produtividade o que demanda maior número de instrumentais, assim como o serviço que apresenta mais turnos de atendimentos. Em relação às diferenças regionais, o que estudos anteriores têm mostrado, é que a diversidade social e econômica, incluindo aquelas identificadas em nível municipal, são determinantes para a organização dos serviços de saúde.

Espera-se que através do produto técnico apresentado que os gestores e profissionais responsáveis pela execução de compras, em especial às da Odontologia, sintam-se motivados a se qualificar para a execução do processo e comprometerem-se a usar estratégias legais e transparentes para superar as dificuldades na área de estrutura dos serviços de saúde bucal, que muitas vezes se equipam de forma inadequada e insatisfatória para exercer a atividade clínica, por

falta de qualificação e experiência do gestor ou profissional responsável pelo setor de compras e licitação do serviço.

8 PRODUÇÃO INTELECTUAL DURANTE O CURSO

1. Apresentação em Congresso → III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. ABRASCO (2017)

Lopes J, Abreu MHNG, Palmier AC, Matta-Machado ATG. Uma descrição da infraestrutura da Atenção Primária em Saúde Bucal no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, P.F, GIOVANELLA, L. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil**: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Pública, 24(8): 1727-42, 2008.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 50 de 21 de Fevereiro de 2002.**
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Finalidade: **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do Referido Pacto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006a; v. 4)
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos.** Brasília, 2006c. 156p.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed.– Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

- 8 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Distrito Federal/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília: CONASS, 2009. 200p.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2011a.
- 10 BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48.
- 11 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2012.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Saúde Bucal Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: Ministério da Saúde, 2015.
- 13 CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a Institucionalização da Avaliação**. Ciência e Saúde Coletiva, 11(3): 705-12, 2006.
- 14 DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. In: Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Harbor: Health Administration Press; 1980.
- 15 GOETZ, K. *et al.* **Effectiveness of a quality management program in dental care practices**. BMC Oral Health. 2014;14:41.

- 16 KORNIS, G.E.M., MAIA, L.S., FORTUNA, R.F.P. **Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS**: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21(1)197-215.
- 17 MATTA, G.C. **A organização mundial de saúde**: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(2): 371-96, 2005.
- 18 MATTA, G.M.; MOROSIN, M.V.G. **Atenção à Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Pereira, Isabel Brasil. *Dicionário da educação profissional em Saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César Franla Lima*. – 2 ed.rev.ampl – Rio de Janeiro: EPSJV, 478 p., 2008
- 19 MOURA, B.L.A. *et al.* **Atenção primária à saúde**: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 10(1):69–81, 2010.
- 20 OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**: Declaração de Alma-Ata, 1978. Disponível <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 13/10/16
- 21 PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação**. *Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 21 jan de 2017
- 22 PRUKSAPONG, M.; MACENTEE, M.I. **Quality of oral health services in residential care: towards an evaluation framework**. *Gerodontology* 2007 Dec; 24(4): 224-30

- 23 PUCCA JR,G.A.; DE ARAUJO ,M.E.; DE ALMEIDA, F.C. **Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges.** J Dent Res. 2015;94(10):1333-7.
- 24 ROCHA,E.C.A.; ARAÚJO, M.A.D. **Condições de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal no PSF: O caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.** Revista da Administração Pública, 43 (2), 2009.
- 25 SILVEIRA, D.S., SANTOS, I.S., COSTA, J.S.D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad Saúde Pública, 17(1):131–9, 2001.
- 26 SCHOLZ, S.; NGOLI, B.; FLESSA, S. **Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities - a relevant instrument for health care systems management.** BMC Health Serv Res. 2015; 15:183.
- 27 SOUSA, M.F. **A coragem do PSF/Maria de Fátima Sousa.** HUCITEC, São Paulo, 2001.
- 28 VASHIST, A. *et al.* **Evaluation of governmental oral health-care infrastructure in the state of Haryana.** Indian Journal of Public Health; 60: 224-7, 2016.

Anexo A – Lista de instrumentais odontológicos do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB

| V.8 Instrumentais Odontológicos | | | |
|---------------------------------|---|--|-----|
| V.8.1 ES | Alveolótomo | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.1/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.2 ES | Aplicadores De Hidróxido de Cálcio | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.2/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.3 ES | Alavancas | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.3/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.4 ES | Bandejas de aço | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.4/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.5 ES | Brunidores para restauração de amálgama | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.5/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.6 ES | Cabos para bisturi | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.6/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.7 ES | Caixa com tampa em aço inox | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.7/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.8 ES | Cânula para aspiração endodôntica | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.8/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.9 ES | Condensadores para restaurações de amálgama | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.9/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.10 ES | Curetas cirúrgicas | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.10/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.11 ES | Curetas periodontais | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.11/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.12 ES | Escavadores de dentina | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.12/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.13 ES | Escavadores para pulpotomia | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.13/1 ES | Em quantidade suficiente? | | Sim |
| | | | Não |
| V.8.14 ES | Esculpidores | | Sim |
| | | | Não |

| | | |
|-------------|-------------------------------------|-----|
| V.8.14/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.15 ES | Espátula de inserção de resina | Sim |
| | | Não |
| V.8.15/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.16 ES | Espátula para gesso e alginato | Sim |
| | | Não |
| V.8.16/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.17 ES | Espelho clínico | Sim |
| | | Não |
| V.8.17/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.18 ES | Extirpa-nervos | Sim |
| | | Não |
| V.8.18/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.19 ES | Fórceps (infantil) | Sim |
| | | Não |
| V.8.19/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.20 ES | Fórceps (adulto) | Sim |
| | | Não |
| V.8.20/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.21 ES | Gral de borracha | Sim |
| | | Não |
| V.8.21/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.22 ES | Limas endodônticas | Sim |
| | | Não |
| V.8.22/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.23 ES | Limas ósseas | Sim |
| | | Não |
| V.8.23/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.24 ES | Moldeiras | Sim |
| | | Não |
| V.8.24/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.25 ES | Pedra de afiar curetas periodontais | Sim |
| | | Não |
| V.8.25/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.26 ES | Pinça clínica | Sim |
| | | Não |

| | | |
|-------------|---|----------------|
| V.8.26/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.27 ES | Placa de vidro | Sim |
| | | Não |
| V.8.27/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.28 ES | Porta agulha | Sim |
| | | Não |
| V.8.28/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.29 ES | Porta amálgama | Sim |
| | | Não |
| V.8.29/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.30 ES | Porta-matriz | Sim |
| | | Não |
| V.8.30/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.31 ES | Seringa carpule | Sim |
| | | Não |
| V.8.31/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.32 ES | Sindesmótomo | Sim |
| | | Não |
| V.8.32/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.33 ES | Sonda exploradora | Sim |
| | | Não |
| V.8.33/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.34 ES | Sonda milimetrada | Sim |
| | | Não |
| V.8.34/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.35 ES | Sugador cirúrgico | Sim |
| | | Não |
| V.8.35/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.36 ES | Tesouras cirúrgicas | Sim |
| | | Não |
| V.8.36/1 ES | Em quantidade suficiente? | Sim |
| | | Não |
| V.8.37 | Os instrumentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal? | Sim |
| | | Não |
| V.8.37/1 | Quantas equipes compartilham os instrumentais odontológicos? | () Quantidade |

Anexo B – Normas para publicação da revista *Brazilian Dental Journal*

13/11/2017

Braz. Dent. J. - Instructions to Authors



ISSN 0103-6440 *print version*
ISSN 1806-4760 *online version*

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Scope and policy](#)
- [Form and preparation of manuscripts](#)
- [Submission of manuscript](#)

Scope and policy

The Brazilian Dental Journal is a peer-reviewed (double-blind system) scientific journal that publishes Original Full-Length Papers, Short Communications, Case Reports and Invited Reviews, dealing with the several fields of dentistry or related areas, with open access. Only original papers will be considered for publication. In submitting a manuscript, the authors should state in the cover letter that the material has not been published previously and is not under consideration by another journal in either electronic or printed versions.

ELECTRONIC ADDRESS FOR SUBMISSION
<http://mc04.manuscriptcentral.com/bdj-scielo>

MANUSCRIPTS MUST BE SUBMITTED IN ENGLISH. Authors whose primary language is not English must have their manuscript reviewed by someone proficient in English. **Manuscripts accepted for publication will be submitted to the Technical Review for revision of English grammar and scientific writing and to fit the text into the Journal's standards. The cost of the Technical Review will be charged to the authors. Submission of a manuscript to BDJ implies the acceptance of these terms.** The decision of acceptance for publication relies on the Editors and is based on the recommendation of the Editorial Board and/or *ad hoc* reviewers. Authors of manuscripts not recommended for publication will receive an email explaining the decision. The concepts emitted in the papers published in the BDJ are the sole responsibility of the authors, not necessarily reflecting the Editorial Board's opinion.

All manuscripts will be submitted to peer-review. Authors and referees will be kept anonymous during the review process. Articles accepted for publication become property of the journal.

Brazilian Dental Journal is an open access journal, which means that all published articles are freely available on the Internet immediately upon publication.

The Brazilian Dental Journal shall retain the copyright and publishing rights of all published articles, including translations. Users can use, reuse and build upon the material published in the journal but only for non-commercial purposes and provided the source is clearly and properly mentioned.

The Journal adopts plagiarism identification system (AntiPlagiarist - ACNP Software)

The Brazilian Dental Journal is indexed by DOAJ database for public access.

Form and preparation of manuscripts

<http://www.scielo.br/revistas/bdj/iinstruc.htm>

THE FOLLOWING GUIDELINES MUST BE FOLLOWED CAREFULLY.

General

- The authors must submit the manuscript in Word and in PDF, comprising the title page, text, tables, figure captions and figures (photographs, micrographs, radiographs, schematic drawings, graphs, computer-generated images, etc).
- The manuscript must be typed in Times New Roman 12 font, with 1.5 spacing, 2.5-cm margins at each side. **DO NOT USE** bold letters, watermarks or other resources to make the text visually attractive.
- Pages should be numbered consecutively, starting with the summary.
- Full-length manuscripts are assembled in the following sections:
 - 1) Title Page
 - 2) Summary and Key Words
 - 3) Introduction; Material and Methods; Results; Discussion
 - 4) Summary in Portuguese (an item necessary for Latin American Indexing Services that will be provided for non-Brazilian authors by the Journal)
 - 5) Acknowledgements (if any)
 - 6) References
 - 7) Tables
 - 8) Figure captions
 - 9) Figures
- All titles of sections (Introduction, Material and Methods, etc) must be capitalized in regular font type (not bold).
- Results and Discussion **MUST NOT** be joined in a single section.
- Short Communications and Case Reports should be divided into appropriate sections.
- Products, equipments and materials: the trade name must be followed by the manufacturer's name, city, state and country, within parentheses upon first mention. For further mentions, only the manufacturer's name is required.
- All abbreviations must be explained at first mention.

Title page

- The first page must contain the title of the manuscript, a short title (maximum of 40 characters, to be used as a running head), author(s) name(s) (no more than 6) and their Department(s), School(s) and/or University (s). **DO NOT INCLUDE** the author's titles (DDS, MSc, PhD, etc.) or position (Professor, Graduate student, etc.).
- Provide the name and **complete** address of the corresponding author (inform email, telephone and fax numbers).
- The title page must be uploaded at the website as a separate file (not included in the body of the manuscript).

Manuscript

- The first page of the manuscript must contain: title of the manuscript, short title with no more than 40 characters, and NO authors' names or identification.

Summary

- The second page should contain a summary of no more than 250 words, stating the aims, methods, results, and any conclusions drawn from the study. Do not use topics and paragraphs and do not cite references in the Summary.
- A list of key words (no more than 5) should be included below the summary in lowercase letters, separated by

commas.

Introduction

- Summarize the purpose of the study, giving only pertinent references. Do not review existing literature extensively. State clearly the working hypothesis.

Material and Methods

- Material and methods should be presented in sufficient detail to allow confirmation of the observations. **Indicate the statistical methods used, if applicable.**

Results

- Present the results in a logical sequence in the text, tables and figures, emphasizing the important information.
- Do not repeat in the text data contained in the tables and illustrations. The important observations should be emphasized.
- Do not repeat the same data in tables and figures.
- Describe the statistical data in this section.

Discussion

- Summarize the findings without repeating in detail the data given in the Results section.
- Relate your observations to other relevant studies and point out the implications of the findings and their limitations. Cite pertinent studies.
- Present your conclusions at the end of the Discussion, indicating how your study is pertinent and/or its clinical implications. Presentation of the conclusions in topics should be avoided.

Summary in Portuguese (for Brazilian authors only)

- The Summary in Portuguese should be **IDENTICAL** to the English version (Summary). **DO NOT INCLUDE** title and key words in Portuguese.

Acknowledgements

- Financial support by government agencies should be acknowledged. If appropriate, technical assistance or assistance from colleagues may be acknowledged.

References

- References must follow the Journal's style. Authors should refer to a current issue of the BDJ for guidance on reference citation and presentation of the reference list.
- References must be numbered consecutively in the text in order of citation, within parentheses, without space between numbers: (1), (3,5,8), (10-15). **DO NOT USE** superscript numbers.
- For papers with two authors, cite both authors in the text, as follows: Ex: "According to Santos **and** Silva (1)..." If there are more than 3 authors, cite only the first author and add "et al.". Ex: "Pécora et al. (2) reported that..."
- All authors of each paper should be included in the Reference List unless there are 7 or more. In this case, the first 6 authors should be given, followed by "et al."
- The reference list must be typed at the end of the manuscript in numerical sequence. **No more than 25 references may be cited.**

- Citation of abstracts and books, as well as articles published in non-indexed journals should be avoided, unless absolutely necessary. **Do not cite references in Portuguese.**
- Abbreviations of journal titles should conform to those used in Dental Index. The style and punctuation of references must follow the format illustrated below:

Journal articles

1. Lea SC, Landini G, Walmsley AD. A novel method for the evaluation of powered toothbrush oscillation characteristics. *Am J Dent* 2004;17:307-309.

Book

2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A Textbook of Oral Pathology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1983.

Chapter in a Book

3. Walton RE, Rotstein I. Bleaching discolored teeth: internal and external. In: *Principles and Practice of Endodontics*. Walton RE (Editor). 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p 385-400.

Tables

- Each table with its title must be typed after the text. Tables should be numbered with Arabic numerals. **DO NOT USE** vertical lines, bold letters and capital letters (except the initials).
- The corresponding title should appear at the top of each table.
- Tables must contain all necessary information and be understandable without allusions to the text.

Figures

- **BDJ WILL NOT ACCEPT FIGURES EMBEDDED IN FILES ORIGINATED IN TEXT-EDITING SOFTWARE (WORD OR SIMILAR) OR FIGURES ORIGINATED IN POWER POINT.**
- The digital files of the images should be generated in Photoshop, Corel or any other image-editing software and saved in the CD-ROM. Image files should have TIFF extension and 300 dpi minimum resolution. Only BLACK & WHITE figures are accepted. Save the figures in the CD-ROM.
- Lettering and identifying marks must be clear and sharp, and the critical areas of x-rays and photomicrographs must be demarcated and/or isolated.
- Separate parts of composite figures must be labeled with capital letters (A, B, C, etc). Single figures and composite figures must have minimum width of 8 cm and 16 cm, respectively.
- Figure captions should be numbered with Arabic numerals and typed on a separate page, after the lists of references or after the tables (if any)

Submission of manuscripts

CHECKLIST FOR AUTHORS PRIOR TO SUBMISSION

1. Submission letter;
2. Title page.
3. Manuscript file (text, tables, figure captions).

13/11/2017

Braz. Dent. J. - Instructions to Authors

4. In the manuscript, observe:

- identification of authors only on the title page.
- text typed in Times New Roman 12 font, with 1.5 spacing, 2.5-cm margins at each side.
- tables, figure captions and figures at the end of the manuscript.

5. Digital files of figures, black & white, saved in TIFF format with minimum resolution of 300 dpi.

There are no fees for submission and evaluation of articles.

The Technical Review Fee ranges from R\$450,00 to R\$ 550,00 Reais Brasileiros (for Brazilian authors) or U\$200 to 300 American dollars (for foreign authors) and will be charged to the corresponding author, even if only minor corrections to the manuscript are needed.

[\[Home\]](#) [\[About the journal\]](#) [\[Editorial board\]](#) [\[Subscription\]](#)