

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

DANIELA ALBA NICKEL

Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal

Florianópolis, SC

2008

DANIELA ALBA NICKEL

Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Maria Cristina Marino Calvo, Dr^a

Co-orientador: Prof João Carlos Caetano, Dr

Florianópolis, SC

2008

DANIELA ALBA NICKEL

Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal

Essa dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 11 de julho de 2008

MARCO AURÉLIO DE ANSELMO PERES

Coordenador do PPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

MARIA CRISTINA MARINO CALVO
Presidente (orientadora)

JOSIMARI TELINO DE LACERDA
Membro interno

TÂNIA IZABEL BIGHETTI
Membro externo

JOÃO CARLOS CAETANO
Membro interno (suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida,

Aos meus pais, Inaci e Luiz Alberto, por estarem presentes nos momentos alegres e nos difíceis, por proporcionarem e incentivarem meus estudos, pelo apoio incondicional – obrigada sempre!

Aos meus familiares, pela convivência harmoniosa e pela torcida

Aos amigos de longa data, nossa amizade cruza fronteiras, a separação é física, vocês estão sempre comigo no coração.

Ao Daniel, obrigada pelo apoio nos últimos meses desta jornada, pelos cafés e pelas palavras de apoio. Te quero

Aos amigos conquistados durante as aulas do Mestrado, que bom conhecê-los, já estão em um lugar especial no meu coração

À Dr^a. Maria Cristina, minha orientadora querida, obrigada pelas orientações, pelo conhecimento transmitido e pelos conselhos no decorrer do curso, fizeram e farão muita diferença. E também muito obrigada pela confiança depositada em mim.

Ao Dr. Caetano – desde a Especialização, orientador querido, obrigada pelos ensinamentos e pelas conversas, profissionais e lúdicas, na SES. Obrigada pela confiança.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Dr^a Josimari e Dr^a. Tânia, obrigada pela colaboração na melhoria do trabalho

À Secretaria de Estado da Saúde, em especial à Gerência de Atenção Básica e à Coordenação de Saúde Bucal pela parceria técnico-científica

Aos professores do Departamento de Saúde Pública

À Universidade Federal de Santa Catarina

A todos que fizeram parte da minha vida, aos que permaneceram e aos que passaram

Obrigada!

RESUMO

Avaliação é conceituada como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de parâmetros definidos. O processo avaliativo como função do sistema de saúde tem o objetivo de auxiliar o planejamento e o processo de tomada de decisões, bem como identificar pontos de melhorias para a reorientação das ações de atenção à saúde. Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa metodológica, cujo objetivo foi desenvolver um modelo teórico para a avaliação da Atenção em Saúde Bucal. A referência usada para o desenvolvimento do modelo teórico-lógico foi a proposta de Avaliação da Gestão da Atenção Básica desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria técnica com a Universidade Federal de Santa Catarina e Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária. O critério eleito para o modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal foi o de efetividade, conceituado como a habilidade administrativa do gestor em tomar decisões voltadas à satisfação das necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento da atenção à saúde. O modelo desenvolvido contemplou duas dimensões avaliativas: a dimensão Gestão da Saúde Bucal, relativa à esfera política e a dimensão Provimento da Saúde Bucal, relativa à esfera técnica. Em cada dimensão foram dispostas sub-dimensões com os respectivos indicadores de efetividade. A construção dos indicadores ocorreu mediante oficinas com *experts* vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Foram construídos doze indicadores, quatro indicadores compondo a dimensão Gestão da Saúde Bucal e oito indicadores compondo a dimensão Provimento da Saúde Bucal. O modelo teórico foi submetido ao teste de aplicabilidade em 22 municípios catarinenses que compuseram a amostra intencional. Os resultados apontaram deficiências nos sistemas de informação municipais e concluiu-se que o modelo desenvolvido é aplicável independente do porte populacional e das características do sistema municipal de saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Saúde Bucal, Serviços de Saúde

ABSTRACT

Evaluation means judging the value of something according to pre-determined criteria. The evaluation process is a duty of the Health System, which aims to help planning and decision-making as well as identify what could be improved to reorientate health care measures. This study is defined as a methodologic research, whose purpose has been developing a logic model for Oral Health Care evaluation. The reference used for the development of this logic model has been the proposal of a Primary Health Care evaluation developed by managers and experts in Santa Catarina, Brasil. Criteria chosen for the Oral Health Care evaluation have been effectiveness, meaning the administrator's ability to make decisions in order to accomplish individual needs and expectations related to oral health care. The model has adopted two evaluating dimensions: Oral Health Care Management, referring to the political sphere, and Oral Health Care Provision, as for the technical sphere. In each sphere, sub-dimensions have been shown with their respective effectiveness indicators. The development of the indicators has taken place in workshops with experts linked to the Federal University of Santa Catarina and Santa Catarina state government. Twelve indicators have been developed, four indicators for Oral Health Care Management dimension and eight for Oral Health Care Provision. The logic model has been submitted to the applicability test in 22 municipalities of Santa Catarina – Brazil, which have been the intentional sample. Results show deficits in local data systems, and it has been realized that the model developed is applicable despite the population rate and the characteristics of the local health system.

Key-words: Health Evaluation, Oral Health, Health Services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Modelo teórico-lógico da avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal p. 41
- Quadro 2 - Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal, dimensões, sub-dimensões, indicadores, medidas e parâmetros p. 44
- Figura 1 – Macro-região de Saúde da Grande Florianópolis, distribuição espacial e porte populacional dos municípios p.46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal, dimensões, sub-dimensões, indicadores, medidas e parâmetros p. 65

Tabela 2 – Matriz de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal, apresentação dos juízos de valor segundo as dimensões e sub-dimensões, Santa Catarina, 2006 p. 70

Tabela 3 – Número de municípios com juízo de valor “satisfatório”, segundo as dimensões e sub-dimensões, Santa Catarina, 2006 p. 71

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de consultório dentário

AMQ – Avaliação para a Melhoria e Qualificação da estratégia Saúde da Família

CD – Cirurgião Dentista

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano municipal

IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social

MS – Ministério da Saúde

NOB-96 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1996

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCAT – Primary Care Assessment Tool

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da estratégia Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIS – Sistema de Informação em Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO AOS LEITORES</u>	<u>11</u>
<u>PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO.....</u>	<u>12</u>
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
2.2. ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	18
2.3. AVALIAÇÃO	25
3. OBJETIVOS	39
3.1. OBJETIVO GERAL	39
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4. METODOLOGIA	40
4.1. O MODELO TEÓRICO-LÓGICO	40
4.2. CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES.....	41
4.3. FORMULAÇÃO DOS JUÍZOS DE VALOR E DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS	42
4.4. SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	45
4.5. COLETA DE DADOS	45
5. BIBLIOGRAFIA.....	48
<u>PARTE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO</u>	<u>54</u>
<u>APÊNDICES.....</u>	<u>76</u>

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Este documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua o projeto de pesquisa ampliado e um artigo formatado e encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, esta dissertação está apresentada em duas partes:

- ✓ **Projeto de pesquisa ampliado:** apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo: introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências bibliográficas e anexos da pesquisa. Já foram efetuadas as alterações sugeridas pela banca examinadora na época de sua apresentação, em junho de 2007;
- ✓ **Artigo científico inédito:** já formatado de acordo com as normas da revista *Cadernos de Saúde Pública*, com os resultados da pesquisa, discussão e considerações finais.

A composição original desse documento tem a finalidade de acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas, uma vez que os mesmos já estão apresentados no formato mais rotineiramente adotado para as publicações da área.

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1. INTRODUÇÃO

A atenção em saúde bucal no âmbito da atenção básica vem ganhando espaço como política pública nos últimos dez anos. Destaca-se para isso a inclusão da Odontologia na equipe da estratégia Saúde da Família e a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, no ano de 2004.

A atenção básica é um nível estratégico dentro do Sistema Único de Saúde por ser o eixo da reorientação das ações da atenção à saúde, para mudança do modelo assistencial e organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e resolutiva. A avaliação e o monitoramento sistemático dos resultados alcançados como parte ativa do processo de planejamento e programação do sistema de saúde é um dos fundamentos da atenção básica. Anteriormente à organização da atenção básica, o processo avaliativo é refletido na Lei Orgânica da Saúde, citado como integrante da função de gestão do sistema de saúde, com objetivo de auxiliar a tomada de decisão, identificar problemas e reorientar as ações de atenção à saúde.

Avaliação é conceituada como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; TANAKA; MELO, 2001; FURTADO, 2006). Já a atividade de gestão em saúde pode ser definida como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional – por meio do desenvolvimento das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. A gestão do sistema de saúde brasileiro é descentralizada, sendo a atenção básica responsabilidade da esfera municipal de gestão conforme legislação vigente.

O Sistema Único de Saúde apresenta-se em um contexto onde os processos avaliativos são incipientes e pouco incorporados às práticas desenvolvidas. À exemplo de outros setores, as avaliações têm caráter prescritivo e burocrático, não constituindo um suporte ao planejamento e ao processo decisório (BRASIL, 2005).

Os estudos de avaliação em saúde apresentam diferentes enfoques, variando desde avaliações de cuidados individuais até avaliações de sistemas de saúde, no entanto a avaliação em saúde não está consolidada, haja vista que a maioria dos estudos existentes remete a programas ou ações específicas e a avaliações exclusivamente clínicas e de relato de casos, sendo escassas as

avaliações de organização, qualidade ou desempenho dos sistemas de saúde (CALVO; HENRIQUE, 2006; ALMEIDA; MACINKO, 2006).

A avaliação em saúde, de caráter institucional, permite conhecer o desempenho do setor e aperfeiçoar os resultados de acordo com o contexto em que a instituição se insere, corrigindo os problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas. A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas de governo e contribui para a qualificação da atenção à saúde.

Diante da importância da avaliação e do monitoramento das ações de saúde desenvolvidas no contexto do Sistema Único de Saúde com objetivo de qualificar a atenção à saúde, da importância estratégica da atenção básica para a reorientação das ações e mudança do modelo assistencial, e sendo a atenção em saúde bucal um campo de prática na atenção básica, a proposta desta dissertação foi desenvolver um Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal, no âmbito da atenção básica, segundo o critério da efetividade das decisões tomadas pelo gestor municipal.

Tanaka e Melo (2001) afirmam que “a avaliação parte da análise e conhecimento existente e da situação que se quer avaliar”. O processo avaliativo inicia-se, portanto, com a determinação do objeto de estudo – ‘o que’ será avaliado. Ainda, toda avaliação apresenta um recorte conforme a abordagem escolhida, “de que tipo se trata” (CALVO E HENRIQUE, 2006). Assim, o objeto de estudo é a Atenção em Saúde Bucal, e o recorte da abordagem é a efetividade da Atenção em Saúde Bucal sob o foco das decisões tomadas pelo gestor municipal

Definido o objeto da avaliação, parte-se à análise e ao conhecimento da situação, ou do objeto, que se quer avaliar. Para tanto o pesquisador deve produzir um referencial teórico acerca do objeto. Neste estudo, o referencial caracteriza a atenção primária à saúde, a atenção em saúde bucal, e a avaliação. O eixo desta concepção, ou seja, o tema comum a todas as facetas deste referencial teórico é o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este projeto de pesquisa ampliado apresenta quatro capítulos. Este primeiro capítulo apresenta a introdução ao tema. O capítulo segundo apresenta a revisão de literatura, a fim de subsidiar posteriormente a análise dos dados e a discussão. O capítulo terceiro traz o objetivo geral e os objetivos específicos. O capítulo quarto apresenta a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde pode ser entendida como o primeiro nível de atenção à saúde o qual atende os agravos mais frequentes e relevantes da população utilizando tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2006).

A atenção primária oferece a entrada no sistema de saúde para as novas necessidades e problemas, fornece continuidade na atenção ao indivíduo, coordena e integra a atenção oferecida em outro local ou por terceiros. Assim, a atenção primária orienta o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organiza e racionaliza o uso dos recursos, básicos e especializados, direcionados para a promoção, melhora e manutenção da saúde (STARFIELD, 2004).

O documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata no ano de 1978, define atenção primária 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 possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num 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 (STARFIELD, 2004, p. 30).

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) citam alguns conceitos de atenção primária utilizados na literatura e condizentes com a definição posta na Declaração de Alma Ata, um deles é caracterizado por Lago & Cruz (*apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 786):

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos bio-psico-sociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo.

A denominação atenção primária vem sendo empregada para designar diferentes tipos de organização de serviços nos países. Vuori (1986) descreve uma classificação para quatro enfoques de atenção primária: atenção primária como um pacote de serviços, atenção primária como um nível de atenção, atenção primária como uma estratégia para a organização dos serviços de saúde e atenção primária como uma filosofia que permeia as práticas do sistema de saúde.

- I. A atenção primária como um pacote de serviços inclui a educação em saúde, o provimento de nutrição adequada, o provimento de serviços de abastecimento de água e o saneamento, a atenção pré-natal e ao puerpério, a imunização, prevenção e controle de endemias, a assistência médica generalista e o acesso à medicamentos essenciais.
- II. A atenção primária como um nível de atenção, refere-se ao local do primeiro contato do indivíduo com o sistema de serviços de saúde.
- III. A atenção primária como estratégia para organização dos serviços inclui elementos como a acessibilidade, participação comunitária, intersetorialidade e custo-efetividade dos serviços disponibilizados conforme as necessidades de saúde da população atendida. A atenção primária deve estar integrada a outros níveis de atenção para permitir uma atenção integral ao indivíduo.
- IV. A atenção primária como uma filosofia que permeia as práticas do sistema de saúde enfoca a saúde como um direito de cidadania. O sistema de saúde deve ser equânime, definir práticas que desenvolvam a autonomia do indivíduo para a promoção da sua saúde e criar políticas públicas que extrapolem o setor saúde e atuem em macro-determinantes da saúde como emprego e renda.

Mendes (2002) afirma que estas diferentes construções conceituais da atenção primária à saúde existem por conta da forma ambígua com que as definições formais estão registradas nos documentos dos foros internacionais, passíveis de várias interpretações e pelo uso diferenciado do conceito de Atenção Primária à Saúde utilizado pelas escolas do pensamento sanitário.

O autor propõe três interpretações da atenção primária: atenção primária à saúde seletiva, atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde, e atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

A primeira interpretação, atenção primária à saúde seletiva é entendida como

um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (p. 10).

A atenção primária como o nível primário do sistema de serviços de saúde é definida como:

o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (p. 10)

A atenção primária como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde consiste em:

uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (p. 10)

O autor justifica a coerência de utilizar a interpretação da atenção primária à saúde como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde por considerar tecnicamente a “mais correta”, por ser factível e viável em países com o estágio de desenvolvimento econômico e social semelhante ao Brasil.

O sistema de serviços de saúde poderá se constituir em formato piramidal de complexidade crescente, ou se constituir em uma rede integrada de serviços. A organização dos serviços de forma hierarquizada foi divulgada oficialmente em 1920, através do Relatório Dawson, e influenciou a constituição de sistemas de saúde em vários países sendo a base para o conceito de regionalização da atenção à saúde (STARFIELD, 2004; MENDES, 2002).

Mendes (2002) acredita que a concepção de complexidade crescente leva a uma distorção do conceito de atenção primária, pois sugere que a atenção primária é menos complexa do que a secundária e esta é menos complexa que a terciária, sendo que a complexidade se refere única e exclusivamente à densidade tecnológica utilizada no diagnóstico e tratamento das enfermidades. O sistema de rede integrado apresenta um formato de rede horizontal e, sem a hierarquização, os serviços são vistos como pontos de atenção à saúde com diferentes densidades tecnológicas.

2.1.1. A Atenção Primária à Saúde no contexto do SUS

O Sistema Único de Saúde utiliza o termo atenção básica para designar as ações de saúde que atendam às demandas de maior frequência e relevância da população em um território delimitado. Seu conceito está presente no texto da Portaria MS/GM nº. 648, de 28 de março de

2006, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006, p. 71).

A atenção básica está fundamentada no acesso universal e contínuo aos serviços de saúde resolutivos e de qualidade; na integralidade em seus diversos aspectos (trabalho interdisciplinar, articulação entre ações de promoção, de prevenção e curativas, coordenação do cuidado e integração entre demanda espontânea e programada), no desenvolvimento do vínculo e responsabilização entre profissionais e população visando à continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado; na valorização dos profissionais de saúde; na avaliação e monitoramento sistemático dos resultados alcançados como parte ativa do processo de planejamento e programação do sistema de saúde; e no estímulo à participação popular. (BRASIL, 2006)

Ainda segundo a Portaria citada, a Estratégia Saúde da Família é considerada prioritária para a organização e desenvolvimento da atenção básica. Independente da presença da estratégia Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde devem apresentar equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica afirma que os gestores municipais são os responsáveis pela organização, execução e gerenciamento das ações em saúde no âmbito da atenção básica. A gestão municipal também é responsável pela elaboração de metodologias e instrumentos para avaliar e monitorar a atenção básica, pela definição de estratégias para institucionalizar a avaliação na atenção básica, pela pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da atenção básica e pela alimentação sistemática das bases de dados do Sistema Único de Saúde na esfera municipal.

Cabe aos gestores estaduais contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde apoiando e estimulando a adoção da estratégia Saúde da Família pelos sistemas municipais de

saúde, prestar assessoria técnica aos municípios para a qualificação, ampliação e consolidação da estratégia saúde da família, definir estratégia de articulação com a esfera municipal para institucionalização da avaliação em saúde, desenvolver no âmbito estadual novas metodologias de monitoramento e avaliação das ações de atenção básica e assessorar os municípios na análise e na gestão dos sistemas de informação para o fortalecimento da capacidade de planejamento municipal (BRASIL, 2006).

2.2. Atenção em Saúde Bucal

A atenção em saúde bucal tem sido caracterizada no Brasil como tangencial ao sistema público de saúde. A assistência odontológica, até as últimas décadas do século XX, era baseada na prática liberal privada, assistência aos trabalhadores formais e serviços de atendimento odontológico escolar (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Existiram algumas colaborações para a organização da atenção em saúde bucal, como o desenvolvimento de projetos para levantamentos epidemiológicos nacionais e movimentos de defesa da Odontologia pública brasileira segundo o princípio de participação popular do Sistema Único de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

As Conferências Nacionais de Saúde Bucal foram realizadas nos anos de 1986, 1993 e 2004; os levantamentos epidemiológicos de caráter nacional foram realizados nos anos de 1986, 1993, 1996 e, o mais recente, no período de 2000 a 2004. Exceto o levantamento do ano de 1993, organizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI), todos os outros foram organizados pelo Ministério da Saúde em parceria com outras instituições (OLIVEIRA, 2006).

Outro fato a ser destacado foi a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 1988. A iniciativa da Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde definiu prioridades de atenção segundo os grupos populacionais de crianças de 6 a 12 anos de idade, adolescentes de 13 a 19 anos e adultos, dentre outros tópicos relativos à Odontologia no setor público (ZANETTI, 1993).

2.2.1. A saúde bucal na atualidade

A atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde é, em sua maior parte, provida na atenção básica através das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família. O número de equipes de saúde bucal iniciou seu crescente a partir da Portaria GM/ MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

Para a regulamentação da portaria citada, foi publicada a Portaria GM/ MS nº 267, de 6 de março de 2001, a qual aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família e define o Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

O Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica foi formulado diante da expectativa de melhora dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira e da expectativa de ampliação do acesso à atenção em saúde bucal (promoção, proteção e recuperação da saúde).

As características operacionais para a inclusão da saúde bucal na estratégia Saúde da Família seguem as mesmas diretrizes da estratégia Saúde da Família. A inclusão da saúde bucal na estratégia Saúde da Família ocorre por meio de duas modalidades: a primeira composta pelo Cirurgião-Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD); a segunda compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

As ações de promoção e prevenção devem ser planejadas e realizadas de forma interdisciplinar, enquanto que as ações especializadas devem ser referenciadas conforme estabelecido no Plano Diretor de Regionalização.

No ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal. Seus princípios, além daqueles já expressos constitucionalmente, incluem a gestão participativa de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores; acesso universal para a assistência; a ética em saúde; o acolhimento ao usuário; o vínculo profissional-usuário; a responsabilidade profissional. (BRASIL, 2004)

Segundo a Política citada, as ações de saúde bucal devem seguir a lógica do perfil epidemiológico local, se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde e guiar a mudança do modelo assistencial atual baseado na demanda espontânea para um modelo de atenção integral à saúde que incorpore as ações de promoção e proteção às de recuperação.

As ações de saúde bucal são definidas na atual Política Nacional de Saúde Bucal segundo três grupos de atuação: ações de promoção e proteção, ações de recuperação e ações de reabilitação.

O grupo das ações de promoção e proteção compreende as atividades de caráter individual ou coletivo para a redução de fatores de risco que constituem ameaça à saúde das pessoas, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde, e as ações educativo-preventivas.

Dentre as ações coletivas estão a fluoretação das águas de abastecimento público e a educação em saúde. A fluoretação das águas de abastecimento público é garantida pela Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974, e normas complementares posteriores, bem como a criação e desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. O acesso à água tratada e fluoretada é de responsabilidade intersetorial e essencial para um acesso equânime ao flúor. A educação em saúde possibilita a conquista da autonomia do indivíduo para o seu cuidado e integra as ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo os fatores de risco e de proteção à saúde bucal. As escolas, creches, asilos e outros espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, no entanto não exclui qualquer outro espaço físico.

O grupo de ações de recuperação envolve o diagnóstico e o tratamento das doenças bucais. Os serviços de saúde devem desempenhar estas duas funções de forma com que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, e o tratamento imediato com vistas a deter a progressão da doença e impedir danos e incapacidades decorrentes da enfermidade. Para tal, a rotina da assistência odontológica deve incluir métodos diagnósticos como biópsia e exames complementares para o diagnóstico precoce das lesões da mucosa bucal, e os tratamentos odontológicos devem priorizar os procedimentos conservadores, ou seja, aqueles executados para manutenção dos elementos dentários.

O grupo das ações de reabilitação envolve os procedimentos odontológicos para recuperar as capacidades perdidas em decorrência da enfermidade, e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social.

Independente dos grupos de ações para orientar a atenção, a Política Nacional de Saúde Bucal recomenda o desenvolvimento de ações estratégicas para a ampliação e qualificação da atenção básica: prevenção e controle do câncer bucal; implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento odontológico, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica (pulpotomia, restauração de cavidades complexas e pequenas fraturas, tratamento periodontal não

cirúrgico); inclusão da reabilitação protética na atenção básica; e ampliação do acesso por meio de linhas de cuidado (criança, adolescente, adulto, idoso) ou condição de vida (mulher, trabalhador, gestante).

A Saúde Bucal é definida como área estratégica para atuação do setor saúde de acordo com a Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

2.2.2. Panorama da saúde bucal na atenção básica no Brasil

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um sistema de informações do Sistema Único de Saúde que compreende o cadastro dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. Tem abrangência nacional e apresenta os estabelecimentos públicos e privados, e os profissionais cadastrados atuantes no Sistema Único de Saúde e no setor privado. No entanto o número de profissionais cadastrados no sistema não significa a totalidade do número de profissionais existentes no Brasil.

Os recursos humanos de nível superior em Odontologia no Brasil cadastrados no CNES, no mês de dezembro de 2006, somam 71 mil Cirurgiões Dentistas, sendo que a maior parte deles está na região sudeste (cerca de 33 mil profissionais), enquanto que na região norte do país está o menor número de Cirurgiões Dentistas cadastrados, 3 mil profissionais. Do número total de Cirurgiões Dentistas cadastrados no CNES, cerca de 26 mil está alocado em unidades básicas do Sistema Único de Saúde, obedecendo a ordem decrescente segundo as regiões sudeste, nordeste, sul, centro-oeste e norte.

Os recursos humanos auxiliares de nível médio em Odontologia que atendem ao Sistema Único de Saúde, cadastrados no CNES, no ano de 2006, totalizam aproximadamente 20 mil profissionais; sendo aproximadamente 13 mil auxiliares de consultório dentário; cerca de 5 mil técnicos em higiene dental; e cerca de 200 técnicos em prótese dentária. A distribuição desses profissionais é desigual: aproximadamente 30 técnicos em prótese dentária estão cadastrados como trabalhadores em unidades básicas de saúde, 9 mil auxiliares de consultório dentário e

aproximadamente 3 mil técnicos em higiene dental estão cadastrados como trabalhadores em unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde.

A estratégia Saúde da Família atendia, no ano de 2006, segundo Departamento de Atenção Básica, 22 milhões de famílias, aproximadamente 50% da população brasileira. As equipes de saúde bucal totalizam uma cobertura de aproximadamente 19 milhões de famílias. A região sudeste do país apresenta a menor porcentagem da população coberta por equipes de saúde bucal (22%), seguida da região norte e da região sul (aproximadamente 30%).

De acordo com os dados disponibilizados no SIA, no ano de 2006, em todo o Brasil foram realizadas cerca de 22 milhões de primeiras consultas odontológicas, os procedimentos coletivos totalizaram aproximadamente 75 milhões, os procedimentos individuais de caráter preventivo totalizaram 50 milhões, os procedimentos de dentística restauradora somaram 35 milhões, e os procedimentos de exodontia apresentaram cerca de 6 milhões de procedimentos. O procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária foi incluído na tabela de procedimentos básicos em Odontologia a partir da Portaria nº. 566, de 6 de outubro de 2004, e, no ano de 2006, aproximadamente 170 mil procedimentos deste tipo, foram realizados destacando-se a região sudeste com mais de 60% do total realizado no Brasil.

2.2.3. Panorama da saúde bucal na atenção básica em Santa Catarina

O estado de Santa Catarina, segundo dados do CNES, apresentava no ano de 2006 cerca de 9 mil estabelecimentos de saúde, sendo aproximadamente 1.500 unidades básicas de saúde existentes naquele período. Estão cadastrados no CNES do estado de Santa Catarina, no mês de dezembro de 2006, aproximadamente 3 mil Cirurgiões Dentistas e cerca de 700 profissionais de nível médio. O número aproximado de Cirurgiões Dentistas atuantes em unidades básicas de saúde do estado de Santa Catarina é de 1 mil profissionais.

A estratégia Saúde da Família, segundo dados do Departamento de Atenção Básica, cobria, no ano de 2006, aproximadamente 1 milhão de famílias, ou quase 70% da população catarinense. A cobertura de equipes de saúde bucal no estado em 2006 era de cerca de 500 mil famílias.

Os procedimentos básicos em Odontologia somaram, segundo dados do SIA, no ano de 2006, 9 milhões em Santa Catarina, contra aproximadamente 300 mil procedimentos especializados em Odontologia. Do total de procedimentos básicos, cerca de 3 milhões foram

procedimentos coletivos e 900 mil primeiras consultas odontológicas programáticas. Dentre os procedimentos individuais, aproximadamente 2 milhões foram procedimentos preventivos, cerca de 1,5 milhões foram procedimentos conservadores de dentística básica e menos de 300 mil procedimentos foram exodontias. No ano de 2006 foram realizados 5,2 mil procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária.

2.2.4. Monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal

Para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica, os estados e municípios pactuam um instrumento nacional – o Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

O pacto de indicadores da atenção básica foi instituído pela Portaria GM/MS 3.925, de 13 de novembro de 1998, a qual aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica”, e pela Portaria nº 476, de 14 de abril de 1999, a qual regulamentou o processo de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, sua finalidade é avaliar e monitorar nacionalmente as ações de saúde referentes à atenção básica e para isso, anualmente, são publicadas portarias para instrumentalizar a pactuação e especificar os indicadores a serem pactuados pelos gestores (BRASIL, 2003).

Os gestores municipais, os estaduais e o federal negociam e pactuam metas em relação aos indicadores de saúde previamente relacionados. Essas metas devem ser cumpridas ao final de um ano, e a avaliação se dá através do cumprimento ou não das pactuações (BRASIL, 2003).

A saúde bucal possuía, no ano de 2006, dois indicadores principais e dois indicadores complementares pactuados. Os indicadores principais eram: (1) Cobertura de primeira consulta odontológica programática; e (2) Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Os indicadores complementares eram: (1) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais, e (2) Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

O Pacto pela Vida instituído no ano de 2008 pela Portaria GM/ MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, incluiu como prioridade de pactuação a atenção à saúde do idoso, o controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias (ênfase na dengue, hanseníase,

tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids), a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica, a saúde do trabalhador, a saúde mental, o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem.

A saúde bucal foi contemplada com dois indicadores, um principal e um complementar, na prioridade de fortalecimento da atenção básica. O indicador principal é a Cobertura da primeira consulta odontológica programática. O indicador complementar é a porcentagem da população que recebeu escovação dental supervisionada. O objetivo da pactuação destes indicadores é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência.

2.2.5. Sistemas de informação em saúde bucal

O Sistema Único de Saúde dispõe de sistemas de informação com finalidade de subsidiar as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da atenção à saúde. Sistema de Informação em Saúde (SIS) é definido como um conjunto de componentes atuantes de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento e análise de dados e transmissão da informação. Desta forma, o objetivo do SIS é selecionar dados e transformá-los em informação para implementar os processos de decisão, planejamento, financiamento e avaliação do sistema de saúde (FERREIRA, 2001).

A base da informação é o dado, matéria prima quantitativa ou qualitativa que após passar pelas fases de armazenamento (guarda dos dados) e processamento (organização, agrupamento, cálculo dos dados) geram informações. A informação tem capacidade de alterar o estado do conhecimento e para isso é importante confrontar informações antigas e atuais e suas análises no tempo e espaço (BRANCO, 2001). Cabe ao sistema de informação em saúde organizar a produção das informações compatíveis com as diferentes necessidades dos diversos níveis de gestão de um sistema de saúde e assessorar o desenvolvimento de sistemas de informação voltados para as especificidades das diferentes unidades operacionais do sistema de saúde (FERREIRA, 2001).

Dentre os sistemas de informações do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) é o que permite o registro das informações referentes aos procedimentos odontológicos realizados em ambiente ambulatorial. Os procedimentos são registrados por meio de códigos específicos e podem ser do tipo básico – aqueles realizados no âmbito da atenção

básica, e do tipo especializado – aqueles desenvolvidos na atenção secundária e terciária. O SIA foi implantado nacionalmente na década de noventa e desde então registra os procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde, processando os dados de forma descentralizada, no âmbito municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008).

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998 para registro das informações referentes às ações desenvolvidas na atenção básica pelas equipes da estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Nele é possível obter informações a respeito de cadastramento de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde da população acompanhada, produção e composição das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2008a).

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) não apresenta informações da produção ambulatorial das equipes de Saúde Bucal apesar de seu intuito de divulgar informações de produção das equipes da Estratégia Saúde da Família. Somente as ações coletivas de saúde bucal desenvolvidas são informadas neste sistema.

2.3. Avaliação

Tanaka e Melo (2001) conceituam avaliação como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de parâmetros definidos previamente à ação avaliativa. Ao fim do processo de avaliação se tem como resposta um julgamento daquele objeto segundo critérios comparativos.

Furtado (2006, p. 716) configura a avaliação como o

ato de determinar a qualidade, valor e mérito de alguma coisa (...) é a emissão de um juízo de valor sobre determinada intervenção com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão.

Para Malik e Schiesari (1998), a avaliação não se define exclusivamente como um julgamento, a emissão de juízos de valor implica em um julgamento imbricado no processo avaliativo, e não a sua definição.

Contandriopoulos et al (1997) concorda que a avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer de um de seus componentes, visando à tomada de decisão, podendo ser resultado da aplicação de normas, no caso da avaliação normativa, ou de um conhecimento científico, quando desenvolvida uma pesquisa avaliativa. O autor define intervenção como um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados

em um contexto e momento específico para produzir bens ou serviços a fim de modificar uma situação problemática.

Ainda, para esse mesmo autor, a avaliação normativa caracteriza-se pela utilização de critérios e normas, assim o julgamento sobre a intervenção é realizado de forma simples, comparando-a com os critérios e normas estabelecidos por prévia pesquisa avaliativa ou por *experts* na área avaliada, é realizada frequentemente por pessoal interno à organização. Já a pesquisa avaliativa utiliza o método científico para emitir o juízo de valor de determinado objeto de pesquisa, utilizando geralmente pesquisadores externos à organização. No entanto, a avaliação pode se desdobrar entre estes dois pontos opostos, dependendo da necessidade dos atores envolvidos no processo.

A avaliação normativa tem forte caráter gerencial, enquanto a pesquisa avaliativa supera a aplicação de padrões ou normas preestabelecidos, é rigorosa em sua metodologia para que seu caminho até as conclusões da pesquisa possa ser analisado posteriormente por outros interessados (FURTADO, 2006).

Vieira-da-Silva (2005) relata uma classificação de acordo com o momento da avaliação. Diz-se avaliação formativa quando implementada no decorrer da intervenção, e avaliação somativa quando implementada depois de finalizada a intervenção. Ambas possuem objetivos diferentes, segundo a mesma autora, a avaliação formativa apóia ou redireciona a intervenção, subsidia a interrupção da intervenção, ou ainda partilha as informações (como está sendo feita e quais os julgamentos atribuídos) com os envolvidos na intervenção, geralmente este tipo de avaliação é contínuo. A avaliação somativa presta-se para auditoria ou prestação de contas da intervenção, podendo servir como experiência ou modelo para uma futura intervenção, refere-se a uma atuação pontual e normalmente remetida a avaliadores externos.

Estes dois tipos de avaliação não necessariamente representam processos separados, pois o mesmo objeto poderá ser avaliado em caráter formativo e somativo, e ainda por avaliadores internos e externos à instituição, para isso basta “definir ou identificar o propósito que se está servindo e para o interesse de quem” (MALIK; SCHIESARI, 1998, p. 3).

A finalidade básica da avaliação é conhecer o objeto e aprimorá-lo. O processo de avaliação irá definir os êxitos e os fracassos do objeto, e, a partir disso definir o que é passível de aprimoramento e como fazê-lo, ou seja, a avaliação pode ser definida como uma situação em que o “avaliado corre o risco de (e deve estar disposto a) ser considerado menos perfeito do que gostaria” (MALIK; SCHIESARI, 1998, p. 8). O valor da avaliação está em qualificar programas e

serviços, mas ainda em capacitar e desenvolver os grupos de interesse envolvidos (FURTADO, 2006).

2.3.1. A avaliação em saúde

A avaliação é considerada um campo de atuação influenciada em método e referencial teórico pelas áreas a que se destinam os estudos de avaliação, e assim é o caso da avaliação em saúde (TANAKA; MELO, 2001; FURTADO, 2006).

A preocupação em avaliar serviços e sistemas de saúde, segundo Malik e Schiesari (1998), existe há algum tempo. No entanto, é ainda recente a implantação de avaliações sistemáticas apesar do interesse em associar os investimentos no setor saúde com os resultados da assistência prestada visto que os recursos disponíveis são limitados para esta área.

O tema avaliação em saúde é amplo, com diferentes enfoques a serem adotados, variando desde avaliações de cuidados individuais até avaliações de sistemas de saúde (CALVO; HENRIQUE, 2006). Geralmente o objeto da avaliação é uma ação ou o conjunto delas com finalidade de superar uma situação problemática na área da saúde (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Vieira-da-Silva (2005) apresenta alguns níveis onde os objetos a serem avaliados estariam distribuídos:

- a) ações de promoção, de prevenção, de recuperação ou de reabilitação
- b) serviços, envolve o conjunto organizado de ações para combater determinado problema de saúde
- c) estabelecimentos, são as unidades de saúde nos três níveis de complexidade
- d) sistemas, envolve todos os níveis anteriores, pode ser um sistema municipal, estadual ou nacional.

Dentre as diversas abordagens avaliativas em saúde a mais divulgada é a organizada por Donabedian, na década de 1980, a qual analisa a tríade estrutura, processo e resultado. A avaliação da estrutura permite conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços por meio de fatores como padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física, equipamentos. A abordagem processo envolve análise da qualidade da prestação de serviços de acordo com padrões de excelência

técnica. A avaliação dos indicadores de resultado apresenta as mudanças decorrentes das medidas implementadas (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Segundo Contandriopoulos et al (1997), a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: (a) análise estratégica, (b) análise da intervenção, (c) análise da produtividade, (d) análise dos efeitos, (e) análise do rendimento e (f) análise da implantação.

Sander (1984) descreve quatro aspectos da avaliação conforme o contexto histórico da evolução das teorias da administração: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Eficiência é um critério associado à racionalidade econômica e à produtividade, significa produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos. A eficácia é um critério institucional que revela a capacidade administrativa para alcançar as metas estabelecidas ou os resultados propostos. O conceito de efetividade supõe um compromisso real e verdadeiro com o alcance dos objetivos sociais e com o atendimento das demandas políticas da comunidade. Por fim, a relevância é o critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor.

Ferreira (2001) afirma que eficácia é conseguir os melhores resultados por meio das ações produzidas, e efetividade é conseguir transformações na situação de saúde coerentes com os objetivos propostos pela gestão em saúde. Assis et al (2005) define a efetividade como a incorporação de mudanças geradas por determinada ação na população-alvo.

Tanaka e Melo (2001) lembram que a avaliação poderá se constituir de metodologia quantitativa ou qualitativa, dependendo do objeto e da finalidade da pesquisa. Geralmente o método quantitativo é utilizado nas primeiras aproximações do objeto, enquanto o método qualitativo interpreta o fenômeno e seu significado.

2.3.2. Modelo teórico- lógico

A avaliação orientada pela teoria surgiu como movimento contrário à avaliação centrada na metodologia. A utilização de modelos teóricos na avaliação possibilita a ampliação da visão avaliativa para as questões políticas e organizacionais, algo que não ocorre na avaliação orientada apenas por métodos, esta última denominada de avaliação do tipo 'caixa-preta'(MEDINA et al, 2005).

O conteúdo da caixa preta é a intermediação entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados pelo objeto em avaliação. Conforme Furtado (2001, p. 169),

a abordagem centrada na teoria do programa permite a análise do conteúdo da caixa preta ao evidenciar os fatores e os processos que originam os efeitos observados. [...] o avaliador, juntamente com o grupo de implicados busca, de forma empírica, construir um modelo teórico relativo ao funcionamento do programa e/ou de seus efeitos e que servirá de referencial básico para as outras etapas da avaliação, sejam de caráter quantitativo ou qualitativo.

Modelo lógico é definido como uma representação visual de como uma intervenção deve se comportar a fim de resolver os problemas identificados. Apresentar o modelo lógico permite definir o que deve ser avaliado, pois ele apresenta a forma de implementação do programa para atingir os resultados propostos. A construção do modelo lógico é a primeira etapa do processo de avaliação (RENGER; TITCOMB, 2002; MEDINA et al, 2005).

A construção do modelo teórico além de trazer implícitos conhecimentos científicos, deve incorporar os conhecimentos práticos de grupos participantes da avaliação denominados pela literatura estrangeira de *stakeholders*, traduzido para o português como *implicados* ou *grupos de interesse*. Esses grupos de interesse podem ser compostos por organizações, indivíduos ou grupos de indivíduos com características comuns com algum interesse no objeto da avaliação (FURTADO, 2001).

2.3.3. O uso de indicadores na avaliação

Um indicador consiste em uma variável, característica ou atributo vinculado à abordagem da avaliação capaz de sintetizar ou representar o que se quer avaliar (TANAKA; MELO, 2001).

O indicador reflete uma característica particular do objeto avaliado, ou seja, demonstra um aspecto do que está sendo medido. Eles permitem que uma dada situação ou objeto sejam conhecidos e comparados no passado, no presente e no futuro (PEREIRA, 2006)

Assis et al (2005, pág. 106) traduz o indicador como um “sinalizador que busca expressar sinteticamente um aspecto da realidade estudada” e tem como finalidade detalhar se os objetivos de uma proposta ou intervenção estão sendo adequadamente conduzidos ou se foram alcançados. Para a autora, a construção de um indicador não é somente uma atividade técnica, deve ser pensada como uma construção coletiva dos indivíduos envolvidos nas ações que se quer avaliar e

dos avaliadores, constituindo um momento de diálogo para a comunicação entre as diferentes visões e interesses colocados no processo avaliativo.

Malik e Schiesari (1998) citam que anteriormente ao uso, os indicadores serão aprovados pelo grupo o qual irá utilizá-los, e por isso é importante incluir pessoal reconhecidamente especializado na área abordada para a discussão e seleção dos indicadores para que sejam mais facilmente aceitos pelo grupo.

Os indicadores irão variar conforme as necessidades do objeto da avaliação e devem ser escolhidos para que aponte os problemas realmente relevantes para os envolvidos na avaliação (TANAKA; MELO, 2001). O uso de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões e o seu acompanhamento longitudinal no tempo e espaço. A utilização de um único indicador não permite o amplo conhecimento de uma realidade, por isso a associação de vários deles facilita a compreensão (FERREIRA, 2001; PEREIRA, 2006).

Alguns pré-requisitos são indispensáveis para obter indicadores de qualidade como a simplicidade e facilidade de cálculo; a facilidade de interpretação; a disponibilidade dos dados ou sua fácil obtenção; a robustez, ou seja, pouco sensível às deficiências dos dados captados; a sinteticidade, ou seja, refletir o efeito do maior número possível de fatores; a discriminabilidade, ou seja, indicar as alterações ocorridas no tempo; a cobertura, ou seja, referir-se a um território como um todo para que futuras comparações sejam possíveis; e a validade, ou seja, medir exatamente o que se deseja medir (FERREIRA, 2001).

2.3.4. A institucionalização da avaliação

A institucionalização da avaliação é conceituada por Felisberto (2006) como a incorporação do processo avaliativo na rotina dos serviços do sistema de saúde, dos gestores e dos profissionais, criando um “acultramento” da avaliação e propiciando uma contribuição à qualificação da atenção básica.

A avaliação institucional permite alcançar a missão da instituição através de avaliação da eficiência interna e resultados externos e desenvolver conhecimento à respeito do trabalho desenvolvido. A missão institucional da avaliação de programas visa à economia interna da atuação e à criação de uma capacidade técnica adequada e de qualidade (MINAYO, 2005).

A utilização de processos avaliativos em instituições públicas ainda é esparsa, fenômeno descrito devido às concepções ultrapassadas da atividade de avaliar (CALVO; HENRIQUE, 2006).

A avaliação muitas vezes é vista como um processo punitivo, associado a práticas autoritárias e de controle, realizada por especialistas externos à instituição (FURTADO, 2006). Outras formas de senso comum dadas à atividade avaliativa são: utilização aleatória das informações no planejamento; conseqüências negativas do resultado da avaliação tais como a redução de recursos financeiros e as demissões; prática com pouco custo-benefício para a instituição por ser custosa tanto do ponto de vista financeiro quanto temporal (CALVO; HENRIQUE, 2006). Esta visão é sedimentada quando a avaliação é usada com finalidades desviantes do processo, como protelar decisões, intimidar grupos, ou dar cientificidade às decisões exclusivamente políticas (FURTADO, 2006).

Tanaka e Melo (2001) e Calvo e Henrique (2006) acreditam que a avaliação deve ser um elemento cotidiano do trabalho em saúde, com finalidade de orientar o planejamento e a execução das ações. A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas de governo, e quando incorporada às práticas dos serviços de saúde subsidia o planejamento, auxilia na tomada de decisões e na formação dos sujeitos envolvidos no processo.

Malik e Schiesari (1998, p. 4) acreditam que o processo de avaliação torna-se crítico e reflexivo, possibilitando oportunidade de aprendizado, quando ele é contínuo (realmente um processo) e não um evento único, transformado em uma “sessão de maquiagem” para transparecer uma positividade, às vezes inexistente, do objeto.

O marco da institucionalização da avaliação em saúde no Brasil foi a criação da Coordenação de Investigação da Atenção Básica, no ano 2000, em meio a uma reorganização interna do Ministério da Saúde a qual também criou o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, constituído a partir da Coordenação de Saúde da Comunidade, vinculada a então Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2005).

A Coordenação de Investigação da Atenção Básica teve papel estratégico no redirecionamento da organização do sistema de saúde público brasileiro através da formulação e condução dos estudos avaliativos relativos à atenção básica. Sua missão era estruturar e implementar processos de avaliação na atenção básica por meio do monitoramento da estrutura, do processo e do resultado das ações e serviços deste nível de atenção e da utilização dos sistemas de informação em saúde.

Diante da crescente implantação de novas equipes da estratégia Saúde da Família no país e de sua importância na reorientação das ações da atenção básica, o Ministério da Saúde, em 2003, propôs uma alteração na missão e nos objetivos estratégicos da então Coordenação de Investigação da Atenção Básica, renomeada de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

A missão da atual Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, vinculada ao Departamento de Atenção Básica e Secretaria de Atenção à Saúde é monitorar e avaliar a atenção básica para instrumentalização da gestão e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, uma vez que cabe ao Ministério da Saúde o papel de indutor do movimento de institucionalização (BRASIL, 2005).

Um dos caminhos para o acultamento da avaliação no Sistema Único de Saúde é o Projeto de Expansão e Consolidação da estratégia Saúde da Família (PROESF). Desenvolvido no ano de 2003, o PROESF tem como principal objetivo ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família no território brasileiro e para isso conta com três componentes de atuação: (I) Apoio à conversão e expansão da estratégia Saúde da Família nos municípios; (II) desenvolvimento de recursos humanos para trabalho na estratégia Saúde da Família; e (III) monitoramento e avaliação. O componente (III) do PROESF está sob coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica e dele fazem parte ações como a Avaliação para a Melhoria e Qualificação da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005a).

A Avaliação para a Melhoria e Qualificação da estratégia Saúde da Família (AMQ) oferece uma metodologia para implementar a auto-avaliação dos processos gerenciais, técnicos e científicos na estratégia Saúde da Família. Os instrumentos para avaliação são questionários destinados aos diversos espaços e componentes da estratégia, como gestores municipais, coordenadores e equipes de saúde. Ao fim da aplicação os instrumentos geram um diagnóstico com identificação de estágios de desenvolvimento, potencialidades e aspectos críticos, possibilitando a elaboração de planos de ação para intervenção e resolução dos problemas apontados (BRASIL, 2005a).

Os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica são instrumentos de ação para o fortalecimento da capacidade técnica e operativa de formulação, planejamento, coordenação, controle e avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde e para a institucionalização da avaliação da atenção básica na esfera estadual (BRASIL, 2004a).

O desenvolvimento do Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica ocorre em três momentos macro-estratégicos: desenvolvimento da capacidade técnica (aprimoramento contínuo dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na proposta de avaliação), avaliação pactuada da atenção básica (desenvolvimento de processos de responsabilização partilhada entre estado e municípios sobre a avaliação da atenção básica), e análise do fortalecimento das ações estaduais de monitoramento e avaliação (verificação da eficácia do Plano, através da efetividade das ações desenvolvidas) (BRASIL, 2004a).

2.3.6. Estudos de avaliação atuais

A grande maioria dos estudos de avaliação publicados dedica-se à avaliação de um serviço ou programa específico, à realização de diagnósticos da situação de serviços de saúde, a estudos de caso sobre a implementação de um programa ou política pública, à avaliação da implementação da Estratégia Saúde da Família, a pesquisas sobre o funcionamento de um serviço específico ou processo de trabalho ou a análises históricas sobre o desenvolvimento da política de atenção básica ou de programas especiais (ALMEIDA; MACINKO, 2006, p. 45).

Diante da ampla variedade de estudos publicados sobre avaliação em saúde, foram selecionados para esta revisão da literatura artigos. Estes artigos selecionados possuem em comum a metodologia de avaliação com uso de indicadores diversos, incluídos em dimensões ou sub-dimensões que, em conjunto, discriminam a situação a ser avaliada.

Macinko et al (2003) testou e validou o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado pela Universidade de John Hopkins, para a avaliação da atenção básica em sistemas de saúde no Brasil. O método foi aplicado na rede básica do sistema de saúde do município de Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro. Ibañez et al (2006) utilizou o mesmo instrumento na avaliação da rede básica de municípios com mais de 100.000 habitantes no estado de São Paulo.

O instrumento PCAT adaptado ao sistema brasileiro é um questionário com questões referentes a oito dimensões a serem avaliadas na atenção básica. As dimensões constituem-se em: (1) acessibilidade, (2) porta de entrada, (3) vínculo ou longitudinalidade, (4) elenco de serviços ou integralidade, (5) coordenação ou integração dos serviços, (6) centralidade na família, (7) orientação para a comunidade, (8) formação profissional. A aplicação do questionário ocorre por

meio de informantes-chaves nas categorias de: usuários, acompanhantes de usuários, gestores e profissionais. Para cada informante existem quatro versões de questionário.

No estudo de Macinko et al (2003) foram elaboradas duas versões do questionário PCAT: uma aplicada aos profissionais atuantes na atenção básica do município de Petrópolis e outra aplicada aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. Cada questionário era composto por cem questões relacionadas com as oito dimensões citadas. As respostas possuíam uma escala com valores de zero a cinco a ser assinalada pelo informante. O resultado era obtido pela média dos valores assinalados.

Na pesquisa de Ibañez et al (2006), as versões utilizadas foram para profissionais de saúde e para usuários de serviços e seus acompanhantes. O questionário para os profissionais de saúde possuía 92 perguntas específicas sobre a atenção básica. No questionário para os usuários e seus acompanhantes ainda foram incluídas perguntas sobre demografia e saúde. Os 62 municípios participantes da pesquisa foram divididos em grupos segundo a complexidade da rede ambulatorial existente no município e seu Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Foram elaborados seis grupos homogêneos de municípios: (1) baixa complexidade e indicadores sociais menos favoráveis; (2) média complexidade e indicadores sociais menos favoráveis; (3) alta complexidade e indicadores sociais menos favoráveis; (4) baixa complexidade e indicadores sociais mais favoráveis; (5) média complexidade e indicadores sociais mais favoráveis; (6) alta complexidade e indicadores sociais mais favoráveis. Ao fim os resultados foram apresentados com cruzamento dos grupos e escores de acordo com as oito dimensões da avaliação da atenção básica.

Viacava et al (2004) propôs uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Foram geradas quatro dimensões para a avaliação: (1) determinantes de saúde, (2) condições de saúde da população, (3) estrutura do sistema de saúde, (4) desempenho do sistema de saúde. Cada dimensão possuía sub-dimensões. Para a dimensão de determinantes de saúde foram criadas três sub-dimensões: fatores ambientais; características sócio-econômicas e demográficas; e fatores comportamentais e biológicos. A dimensão de condições de saúde da população possuía quatro sub-dimensões: morbidade; estado funcional; bem-estar físico-psíquico e social; e mortalidade. A dimensão de estrutura do sistema de saúde apresentou as sub-dimensões de condução; de financiamento; e de recursos. A dimensão do desempenho do sistema de saúde englobou as sub-dimensões: acesso; aceitabilidade; respeito ao direito das pessoas; continuidade; adequação; efetividade; eficiência.

Viana et al (2006) desenvolveu uma avaliação em municípios com população acima de 100 mil habitantes no estado de São Paulo com finalidade de identificar modelos de atenção básica e

graus de efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade dos sistemas municipais de saúde.

A efetividade foi descrita pelos autores como a integralidade do cuidado e as práticas na oferta de serviços refletida em dois componentes: integralidade do serviço e acesso às ações da atenção básica. O município poderia ser classificado conforme seu grau de efetividade em: ausência de integralidade e acesso, presença de um ou outro e, presença de integralidade e acesso. A eficácia expressa questões referentes à organização da atenção (práticas de gestão), a sustentabilidade ou capacidade estrutural se refere à dimensão político-institucional e de organização da atenção, enquanto que a governabilidade se refere à dimensão político-institucional expressa em existência ou não de conflitos entre o gestor e outros agentes envolvidos direta ou indiretamente no sistema de saúde municipal.

Vieira-da-Silva et al (2007) analisou cinco municípios do estado da Bahia quanto à implantação da gestão descentralizada em saúde e a influência das características de governo e de gestão sobre o grau de organização do sistema de saúde municipal. Os municípios foram selecionados segundo critérios de habilitação em gestão plena conforme a NOB-96, continuidade político-administrativa nos últimos seis anos, e semelhança quanto aos dados sócio-demográficos e de saúde. Dentre os selecionados, dois municípios apresentavam característica de descentralização considerada exitosa e outros dois municípios apresentavam característica de descentralização considerada não exitosa, segundo informantes-chaves da Secretaria de Estado da Saúde e do CONASEMS.

Para a seleção das dimensões e critérios da avaliação foi elaborado um modelo teórico-lógico correspondente a uma imagem-objetivo da reorganização das práticas assistenciais relacionada ao processo de descentralização da saúde em municípios. Assim, foram eleitos três níveis de avaliação: componentes do governo; gestão da saúde; e práticas assistenciais. A matriz de indicadores passou por uma validação através de realização de conferência de consenso utilizando técnica mista de método Delphi e presencial.

A coleta de dados primários ocorreu através da análise documental dos planos de saúde, relatórios de gestão e repasses federais aos municípios; diários de campo com registro das observações e impressões das entrevistas, estratégias de pesquisa e outras questões consideradas relevantes; e entrevistas semi-estruturadas através de roteiros abrangendo as dimensões e critérios selecionados. A coleta de dados secundários foi feita através do Sistema de Informação Hospitalar, do Sistema de Informação de Mortalidade e do Sistema de Informação da Atenção Básica.

O grau de aproximação entre a situação encontrada e a imagem-objetivo foi denominado de grau de implantação e foi medido através de um sistema de pontuação distribuídos pelas dimensões, sub-dimensões e critérios. A classificação final do grau de implantação correspondeu à diferença percentual entre a pontuação máxima e os pontos de corte definidos pelos pesquisadores para os municípios com grau de implantação incipiente, intermediária e avançada.

2.3.7. Estudos de avaliação em saúde bucal

Os trabalhos de avaliação em saúde bucal podem ser divididos conforme o enfoque e o objeto trabalhado, no âmbito da atenção básica os estudos de avaliação publicados são a respeito de experiências exitosas ou estudos de caso em diversos municípios do país (CHAVES; VIEIRA DA SILVA, 2007). Foram selecionados dois artigos disponíveis em revistas científicas da área de Saúde Pública para exemplificar estudos avaliativos em saúde bucal com enfoque em ‘sistemas de saúde’ e com o objeto ‘saúde bucal na atenção básica’. O primeiro artigo intitula-se: “Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial”, de autoria de Souza e Roncalli, e o segundo artigo tem o título: “Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia”, de autoria de Chaves e Vieira-da-Silva. Ambos foram publicados na revista Cadernos de Saúde Pública, no ano de 2007.

O artigo de Souza e Roncalli (2007) apresentou uma avaliação da mudança do modelo assistencial em saúde bucal através da implantação da estratégia Saúde da Família no estado do Rio Grande do Norte. A amostra foi constituída de 19 municípios com diferentes portes populacionais: até 10 mil habitantes, de 10-20 mil habitantes, 20-50 mil habitantes e mais de 50 mil habitantes.

A matriz avaliativa foi disposta em três dimensões: organização do trabalho na equipe de saúde bucal; acesso da população aos serviços de saúde bucal; e estratégias de programação desenvolvidas pela equipe. A dimensão da organização do trabalho apresentou duas sub-dimensões: trabalho em equipe; e intersetorialidade. A dimensão do acesso apresentou as sub-dimensões: estratégias de territorialização; cobertura; e sistema de referência e contra-referência. A dimensão das estratégias de programação apresentou as sub-dimensões: realização de diagnósticos epidemiológicos; e avaliações das ações individuais e coletivas.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas estruturadas – aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas – com gestores e cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal do município; pesquisa documental (protocolos de atendimento, fichas clínicas e relatórios de projetos ou ações desenvolvidas); e observação estruturada em visitas às unidades de saúde para verificação de capacidade instalada, ou equipamentos, instrumental e material de consumo, disponíveis para a equipe de saúde bucal.

Os municípios foram classificados em satisfatórios, pouco satisfatórios e insatisfatórios. Os pontos críticos para a mudança do modelo assistencial na estratégia Saúde da Família apontados no artigo foram o referenciamento dos usuários para ações de média e alta complexidade; o desenvolvimento de ações intersetoriais; as estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico) e avaliação das ações; a infra-estrutura observada; e a ausência de documentos como protocolos de atendimento e relatórios das ações desenvolvidas. Dentre os nove municípios que apresentaram perfil satisfatório, oito apresentavam porte populacional acima de 50 mil habitantes e todos apresentaram melhores condições de vida da população (apontados por indicadores de IDH-M).

Chaves e Vieira-da-Silva (2007) apresentam um estudo comparado de avaliação da atenção em saúde bucal em dois municípios com diferentes e extremos estágios de descentralização da gestão em saúde no estado da Bahia. O primeiro com grau avançado de descentralização e o segundo com grau incipiente de implantação da gestão descentralizada.

As dimensões para a avaliação da atenção à saúde bucal segundo o grau de descentralização da gestão foram: a gestão da atenção à saúde bucal (organização do serviço) e as práticas desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica. As sub-dimensões da gestão da atenção à saúde bucal foram: planejamento e programação; suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica; oferta da assistência odontológica; utilização de serviços; integralidade da atenção. As sub-dimensões das práticas desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica foram: deslocamento do eixo sobre os danos para uma ação sobre os riscos (priorização para identificação de riscos); práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais; atividades junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); práticas clínicas; práticas desenvolvidas na família; acolhimento e vínculo; atenção integral.

A coleta de dados ocorreu por observação das práticas; análise de dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial; e entrevistas semi-estruturadas com o coordenador de Saúde Bucal do município, cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica, agentes comunitários de saúde e usuários do sistema de saúde.

Os municípios poderiam apresentar grau de implantação da atenção à saúde bucal incipiente, intermediário ou avançado. A dimensão mais crítica foi o acolhimento, sendo que a maioria das sub-dimensões foram consideradas em grau intermediário no município com gestão descentralizada em grau avançado e incipientes no município com descentralização incipiente. As ações educativas estiveram voltadas quase que exclusivamente para crianças e adolescentes em idade escolar, o acesso à assistência odontológica foi realizado mediante a demanda não programada, sem organização da oferta dos serviços. Por fim, os municípios analisados não alcançaram o grau avançado de organização da atenção à saúde bucal.

Além destes dois artigos selecionados, um estudo publicado por Narvai (1996) apresentou o uso de indicadores em avaliações da atenção em saúde bucal. A série de indicadores citados pelo autor inclui os critérios de eficiência, de eficácia, de efetividade e do modelo de atenção em Odontologia. Os indicadores de eficiência consistem em verificar o tempo de duração dos atendimentos, os custos em saúde bucal – decompostos ou não em recursos humanos, materiais de consumo e equipamentos. A eficácia, segundo o autor, pode ser medida através de estudos de impacto e qualidade das ações desenvolvidas, utilizando, por exemplo, índices epidemiológicos como o CPO-D para cárie dentária. Os indicadores de efetividade são citados como cobertura de procedimentos coletivos, acesso à assistência odontológica ou relação entre procedimentos de restauração e extração. Os indicadores do modelo de atenção visam à avaliação da integralidade das ações de saúde bucal, como a priorização da saúde bucal na assistência ambulatorial, a ênfase em ações coletivas, a ênfase em ações preventivas individuais, a ênfase em serviços especializados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Desenvolver um Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal no âmbito da atenção básica.

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Desenvolver um modelo teórico para a avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal;
- ✓ Formular indicadores apropriados para a avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal;
- ✓ Coletar e testar a consistência dos dados relativos aos indicadores;
- ✓ Testar a aplicabilidade do modelo desenvolvido em municípios catarinenses.

4. METODOLOGIA

Este estudo é definido, em função de seu objetivo, como uma pesquisa metodológica, conforme Tobar e Yalour (2001, pág. 70),

[...] é um tipo de estudo que se refere a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenção da realidade. Estão, portanto, envolvidos com os caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atender determinados fins.

O objetivo da pesquisa foi estabelecer caminhos, ou métodos, para avaliar uma determinada situação real e o produto final do estudo é um Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde, sob o foco da efetividade das decisões tomadas pelo gestor municipal de saúde.

Foi desenvolvido um Modelo teórico-lógico para avaliar a efetividade da Atenção em Saúde Bucal. O teste de aplicabilidade do modelo desenvolvido correspondeu à última fase da pesquisa. O município foi definido como a unidade amostral uma vez que a atenção em saúde bucal no âmbito da atenção básica é responsabilidade da esfera político-administrativa municipal.

4.1. O modelo teórico-lógico

A referência usada para o desenvolvimento do modelo teórico-lógico foi a proposta de Avaliação da Gestão da Atenção Básica desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria técnica com a Universidade Federal de Santa Catarina e Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária. Essa proposta faz parte do Projeto de Consolidação do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina, incluído no Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação, relativo ao componente III do PROESF (SCARATTI, 2007).

O modelo teórico referido foi adaptado do modelo de avaliação da gestão da educação desenvolvido por Sander (1984), o qual engloba quatro critérios para avaliação: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Para este estudo foi selecionado o critério de efetividade que, segundo o autor, supõe um compromisso real e verdadeiro com o alcance dos objetivos sociais e com o atendimento das demandas políticas da comunidade. Para o setor saúde, efetividade é um critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor em tomar medidas voltadas à

satisfação das necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento da atenção à saúde (SCARATTI, 2007).

No modelo desenvolvido a Atenção em Saúde Bucal foi decomposta em duas dimensões avaliativas: (1) Gestão da Saúde Bucal e (2) Provimento da Saúde Bucal.

A Gestão da Saúde Bucal é o compromisso da esfera municipal em organizar a atenção à saúde bucal proporcionando acesso universal e equânime segundo os princípios do Sistema Único de Saúde. Esta dimensão apresenta as áreas em que o gestor deve atuar para que a Atenção em Saúde Bucal seja estruturada, organizada e integrada ao sistema municipal de saúde com qualidade e efetividade. É a dimensão político-organizacional do modelo e está disposta em quatro sub-dimensões: (1) Intersetorialidade, (2) Participação Popular, (3) Recursos Humanos e (4) Infra-estrutura.

O Provimento da Saúde Bucal descreve a capacidade do sistema municipal de saúde em prover a atenção à saúde bucal com qualidade e efetividade a fim de reduzir os riscos e os agravos na população relativos à saúde bucal. Esta dimensão técnica está diretamente relacionada à atenção ao indivíduo, sendo categorizada segundo os ciclos vitais de criança, adolescente, adulto e idoso uma vez que as necessidades de atenção ao indivíduo com vistas à redução dos riscos e agravos se alteram conforme os ciclos de vida. A dimensão Provimento da Saúde Bucal está disposta em duas sub-dimensões para atuação: (1) Promoção, Prevenção e Diagnóstico e (2) Tratamento, Recuperação e Reabilitação.

Quadro 1 – Modelo teórico-lógico da avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal

Gestão da Saúde Bucal							
Atuação Intersetorial		Participação Popular		Recursos Humanos		Infra-estrutura	
Provimento da Saúde Bucal							
Promoção, Prevenção e Diagnóstico				Tratamento, Recuperação e Reabilitação			
criança	adolescente	adulto	idoso	criança	adolescente	adulto	idoso

Adaptado de Scaratti, 2007

4.2. Construção dos indicadores

Para mensurar a efetividade da Atenção em Saúde Bucal foram construídos indicadores para cada sub-dimensão e categoria do Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal.

O método de construção dos indicadores partiu da proposição de Assis et al (2005, pág. 106),

[...] é um processo que precisa ser construído [...] de forma comunicativa e dialógica entre as diversas visões e interesses dos vários atores envolvidos nas ações que se avaliam e dos próprios avaliadores.

Portanto, além de prévia revisão bibliográfica, foram realizadas oficinas com um grupo de *experts* durante os meses de agosto a outubro do ano de 2007, com periodicidade quinzenal. Compuseram este grupo de debates 7 participantes, sendo eles profissionais doutores em Saúde Pública vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina e técnicos, mestres e doutores, vinculados à Coordenação Estadual de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

A matriz final de indicadores foi reformulada até o consenso entre os participantes. Ao todo foram gerados doze: quatro indicadores compondo a sub-dimensão Gestão da Saúde Bucal e oito indicadores compondo a sub-dimensão Provimento da Saúde Bucal. Os indicadores construídos, suas medidas e seus respectivos *rationale* estão dispostos no Apêndice A.

4.3. Formulação dos juízos de valor e definição de parâmetros

Os juízos de valor para cada indicador foram designados como “satisfatório” ou “insatisfatório” segundo os parâmetros definidos para cada indicador.

A definição de parâmetros para o indicador da dimensão Gestão da Saúde Bucal, sub-dimensão de Acesso ao Flúor, adotou o valor médio deste indicador no estado de Santa Catarina como ponto de corte. Os municípios analisados que apresentaram valores iguais ou maiores que o valor do indicador no estado foram considerados como “satisfatórios”, caso contrário foram classificados como “insatisfatórios”. Esta opção de construção de um parâmetro estadual foi feita diante da ausência de uma definição de parâmetro para acesso à água fluoretada na literatura consultada.

No indicador da dimensão Gestão da Saúde Bucal, sub-dimensão Participação Popular a existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal no relatório final da

Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente concedeu ao município o juízo de valor “satisfatório”, caso contrário o município foi considerado “insatisfatório”.

Para os indicadores da dimensão Gestão da Saúde Bucal, sub-dimensão Recursos Humanos e sub-dimensão Infra-estrutura, o município foi considerado “satisfatório” quando não houve interrupção do atendimento odontológico por mais de dois dias consecutivos, em todas as Unidades Locais de Saúde; em caso de interrupção do atendimento odontológico por mais de dois dias consecutivos em pelo menos uma Unidade Local de Saúde no município o juízo de valor foi “insatisfatório”.

A formulação de parâmetros para os indicadores da dimensão Provimento da Saúde Bucal, sub-dimensão Promoção, Prevenção e Diagnóstico e sub-dimensão Tratamento, Recuperação e Reabilitação para o ciclo de vida Saúde da Criança seguiu os valores destes indicadores no estado de Santa Catarina. Os municípios que apresentaram valores maiores ou iguais ao valor do indicador estadual para a sub-dimensão Promoção, Prevenção e Diagnóstico foram classificados como “satisfatórios”. Os municípios que apresentaram valores menores ou iguais ao valor do indicador estadual para a sub-dimensão Tratamento, Recuperação e Reabilitação foram considerados “satisfatórios”.

Na dimensão Provimento da Saúde Bucal, sub-dimensão Promoção, Prevenção e Diagnóstico para o ciclo de vida Saúde de Adolescente o município foi considerado “satisfatório” quando todas as Unidades Locais de Saúde apresentaram grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes. Na sub-dimensão Tratamento, Recuperação e Reabilitação, o parâmetro do indicador novamente foi o valor do indicador no estado de Santa Catarina devido à falta de parâmetro definido na literatura científica, assim os municípios que apresentaram valores menores ou iguais ao valor do indicador estadual para a sub-dimensão Tratamento, Recuperação e Reabilitação foram considerados “satisfatórios”.

Na dimensão Provimento da Saúde Bucal, sub-dimensão Promoção, Prevenção e Diagnóstico e sub-dimensão Tratamento, Recuperação e Reabilitação para o ciclo de vida Saúde do Adulto, os municípios foram considerados “satisfatórios”, respectivamente, quando a ficha clínica apresentava campo específico para exame de mucosa e quando pelo menos uma Unidade Local de Saúde apresentou serviço de saúde bucal no terceiro turno.

Na dimensão Provimento da Saúde Bucal, sub-dimensão Promoção, Prevenção e Diagnóstico para o ciclo de vida Saúde do Idoso os municípios foram considerados “satisfatórios” quando todas as Unidades Locais de Saúde apresentaram visitas domiciliares com ações de saúde bucal para idosos com limitação incapacitante. Na sub-dimensão Tratamento, Recuperação e

Reabilitação o parâmetro foi definido conforme o valor deste indicador para o estado de Santa Catarina. Os municípios que apresentaram valores maiores ou iguais ao valor do indicador estadual para a sub-dimensão Promoção, Prevenção e Diagnóstico para o ciclo de vida Saúde do Idoso foram classificados como “satisfatórios”.

Os indicadores, suas medidas e parâmetros segundo as dimensões e sub-dimensões são apresentados a seguir no Quadro 2.

Quadro 2 – Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal, dimensões, sub-dimensões, indicadores, medidas e parâmetros

Dimensão Gestão Saúde Bucal				
Sub-dimensão	Indicador	Medida	Parâmetro	
Intersetorialidade	Acesso ao flúor	Porcentagem de pessoas residentes no município atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano, no ano de 2006	≥62% satisfatório <62% insatisfatório	
Participação Popular	Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal no relatório final da Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente	Sim - satisfatório Não - insatisfatório	
Recursos Humanos	Paralisação do serviço de saúde bucal	Percentual de Unidades Locais de Saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por motivo de falta de profissional, no ano de 2006	0 satisfatório > 0 insatisfatório	
Infra-estrutura	Paralisação do serviço de saúde bucal	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde em que houve interrupção do atendimento por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamento, por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2006	0 satisfatório > 0 insatisfatório	
Dimensão Provimento Saúde Bucal				
Sub-dimensão	Indicador	Medida	Parâmetro	
Saúde da Criança	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Atividades coletivas em saúde bucal	Cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal, na faixa etária de 0-12 anos incompletos, no ano de 2006	≥ 2,36 satisfatório < 2,36 insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Tratamento conservador	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 0-12 anos incompletos	≤ 5,35 satisfatório > 5,35 insatisfatório
Saúde do Adolescente	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Educação em saúde bucal	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes, no ano de 2006	100% satisfatório <100% insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Tratamento conservador	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 12-20 anos incompletos	≤ 5,48 satisfatório > 5,48 insatisfatório
Saúde do Adulto	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Diagnóstico de lesões de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano de 2006	Sim - satisfatório Não - insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Saúde do trabalhador	Existência de Unidade Local de Saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno, no ano de 2006	Sim - satisfatório Não - insatisfatório
Saúde do Idoso	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde que realizaram visita domiciliar com ações de saúde bucal para idosos com limitação incapacitante, no ano de 2006	100% satisfatório <100% insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Atendimento protético	Porcentagem de procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária realizados no ano de 2006, na faixa etária acima de 60 anos	≥ 0,13 satisfatório < 0,13 insatisfatório

4.4. Seleção e caracterização da amostra

Para testar a aplicabilidade do modelo desenvolvido foram selecionados municípios do estado de Santa Catarina. A amostra teve caráter intencional. O estado de Santa Catarina foi eleito pela facilidade de articulação institucional. Dentre os municípios catarinenses, foram eleitos 22, sendo eles os municípios pertencentes à Macro-região de Saúde da Grande Florianópolis, selecionada pela facilidade de intermediação para contato e pela heterogeneidade quanto ao porte populacional e quanto às características do sistema municipal de saúde.

O estado de Santa Catarina está situado na região sul do Brasil, possui população de aproximadamente 6 milhões de habitantes, prioritariamente na zona urbana (82%), distribuída em uma área de 95.442,9 Km². O estado é composto por 293 municípios, sendo a maioria deles (87%) de pequeno porte, com até 30 mil habitantes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006).

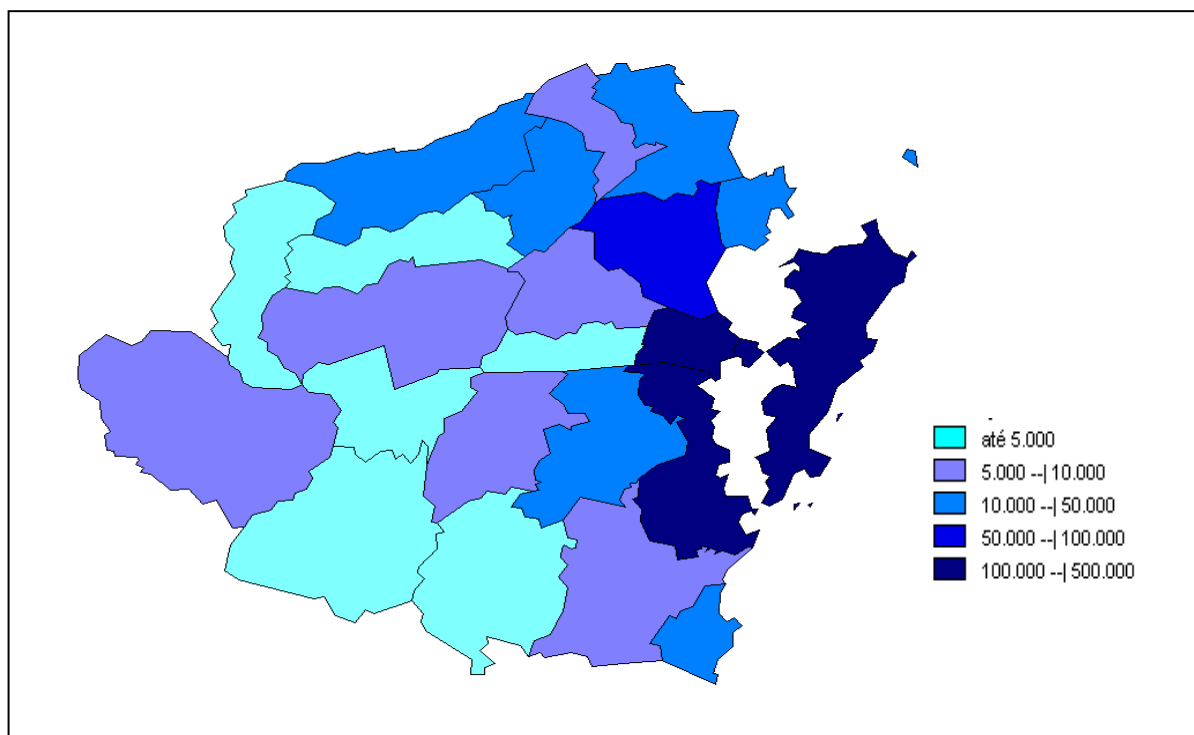
O perfil demográfico da amostra é heterogêneo, composto por 6 municípios com até 5 mil habitantes, 6 municípios com até 10 mil habitantes, 6 municípios com porte populacional de 10 a 50 mil habitantes, 1 município com porte populacional de 50 a 100 mil habitantes e 3 municípios com porte populacional acima de 100 mil habitantes, incluindo a capital do estado, com 400 mil habitantes. Dentre os municípios da amostra somente Florianópolis está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2006a). A figura 1 traz o mapa da Macro-região de saúde da Grande Florianópolis segundo o porte populacional dos municípios.

4.5. Coleta de dados

Os dados do Sistema de Informação Municipal não disponibilizados na rede pública de informações foram coletados por meio de um formulário elaborado para este fim. O formulário de coleta de dados está disposto no Apêndice B.

Anteriormente ao envio dos formulários foi realizada uma primeira abordagem aos gestores municipais durante encontro da Comissão Inter-gestores Bipartite do estado de Santa Catarina, na cidade de Itapema, no mês de março de 2008.

Figura 1 – Macro-região de Saúde da Grande Florianópolis, distribuição espacial e porte populacional dos municípios.



Fonte: IBGE, 2006

Naquela data, foi apresentado o projeto de pesquisa para o desenvolvimento do Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. O formulário para preenchimento dos dados foi distribuído entre os presentes na reunião dos gestores municipais da Macro-região de saúde da Grande Florianópolis.

Contatos telefônicos permitiram agendar encontros para apresentação da pesquisa e entrega do formulário com os gestores municipais com os quais não foi possível contato presencial durante a primeira abordagem. Para completar a coleta dos 22 formulários corretamente preenchidos houve necessidade de novos contatos telefônicos e presenciais nos municípios.

Os dados do Sistema de Informação Municipal disponibilizados na rede pública de informações foram coletados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Estes dados foram acessados por meio do setor de informação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Para confirmação dos dados coletados no SIA, em anexo ao formulário de coleta dos dados do Sistema de Informação Municipal foi enviada uma tabela com os dados captados no sistema de

informação a fim de que o gestor informasse qualquer impropriedade. Este documento é apresentado no Apêndice C.

Os dados demográficos foram coletados no Sistema de Informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os quais estão disponibilizados na rede pública de informações.

Após a coleta os dados foram consolidados e analisados no programa EXCEL.

5. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. pág. 783-836.

ASSIS, Simone Gonçalves; DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANTOS, Nilton César. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. pág 105-132.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. pág 163-169.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família Portaria GM n 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf> Acesso em: 20 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. Portaria GM n. 267, de 6 de março de 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf> Acesso em: 20 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 2, p.221-224, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. 16p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> . Acesso em: agosto de 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, diretrizes e orientações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Relação nominal de municípios habilitados por estado**. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/>> Acesso em: Abril de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. **Sistema de Informação Ambulatorial**. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em Agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em Agosto de 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistemas de Informação IBGE**. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em Agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual do Sistema de Informação Ambulatorial**. Atualização, Volume I, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Portaria GM/ MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria325_2008_pacto_pela_saude.pdf> Acesso em: Maio de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2008a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>> Acesso em Maio de 2008.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luiz. **A Odontologia e a estratégia saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115-139.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; VIEIRA-DA-SILVA Lígia Maria. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p.1119-1131, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.553-563, 2006.

FERREIRA, Sibeles Maria Gonçalves. Sistema de informação em saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 171-191.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 715-740.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006

MACINKO, James; ALMEIDA, Célia; OLIVEIRA, Eliane. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 243-56, 2003.

MALIK, Ana Maria, SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MEDINA, Maria Guadalupe; SILVA, Gerluce Alves Pontes; AQUINO, Rosana; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (orgs.). **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 19-51.

NARVAI, Paulo Capel. **Avaliação de ações de saúde bucal**. In: OFICINA SAÚDE BUCAL NO SUS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo. Texto. São Paulo, 1996.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio. **Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 3.

PEREIRA, Maurício Gomes. Indicadores de Saúde. In: PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 49-75.

RENGER, Ralph; TITCOMB, Alisson. A three-step approach to teaching logic models. **American Journal of Evaluation**, v. 23, n. 4, p. 493-503, 2002.

SANDER, Benno. Administración de la educación en América Latina: el concepto de relevancia cultural. **La Educación**, Washington, DC, n. 96, p. 49-69, 1984. Disponível em: <<http://www.bennosander.com/artigos.php>> Acesso em: 29 de janeiro de 2008.

SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil**, uma aplicação a municípios catarinenses. 2007. 315f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Diretoria de Políticas de Saúde. Gerência de Desenvolvimento de Políticas de Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>> Acesso em: Março de 2007.

SOUZA, Tatyana Maria Silva; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

TANAKA, Oswaldo; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**, um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. 88p.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 172 p.

VIACAVA, Francisco et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (orgs.). **Avaliação em saúde**, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VUORI, Hannu. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 36, p. 398-402, 1986.

ZANETTI, Carlos Henrique Goretti. **As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio**: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80. 1993. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

PARTE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

Título: **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**

Título em inglês: **A logic model for Oral Health Care effectiveness evaluation**

Título corrido: **Modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal**

Autores:

Daniela Alba Nickel¹

João Carlos Caetano²

Maria Cristina Marino Calvo³

¹ Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas

² Programa de Pós Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Santa Catarina

³ Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço para correspondência

Maria Cristina Marino Calvo, Prof^a. Dr^a.

Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário

Bairro Trindade

Florianópolis, Santa Catarina

CEP 88040-900

E-mail: dani_odon@yahoo.com.br

mcmcalvo@ccs.ufsc.br

RESUMO

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal no âmbito da atenção básica. A referência para a construção do modelo teórico-lógico foi a proposta de avaliação da Gestão da Atenção Básica desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina. O modelo desenvolvido contemplou duas dimensões avaliativas: a dimensão Gestão da Saúde Bucal, relativa à esfera política e a dimensão Provimento da Saúde Bucal, relativa à esfera técnica. A construção dos indicadores ocorreu mediante oficinas com especialistas. Foram construídos doze indicadores, quatro indicadores compondo a dimensão da Gestão da Saúde Bucal e oito indicadores compondo a dimensão do Provimento da Saúde Bucal. O modelo teórico foi submetido ao teste de aplicabilidade em 22 municípios catarinenses que compuseram a amostra intencional. Os resultados apontaram deficiências nos sistemas de informação municipais, e concluiu-se que o modelo desenvolvido é aplicável independente do porte populacional e das características do sistema municipal de saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Saúde Bucal, Serviços de Saúde

ABSTRACT

This article provides a logic model for Oral Health Care effectiveness evaluation. The reference used for the development of this logic model has been the proposal of a Primary Health Care Management evaluation developed by managers and experts in Santa Catarina, Brasil. The model has adopted two evaluating dimensions: Oral Health Care Management, referring to the political sphere, and Oral Health Care Provision, as for the technical sphere. The development of the indicators has taken place in workshops with experts. Twelve indicators have been developed, four indicators for Oral Health Care Management dimension and eight for Oral Health Care Provision. The logic model has been submitted to the applicability test in 22 municipalities of Santa Catarina – Brasil, which have been the intentional sample. Results show deficits in local data systems, and it has been realized that the model developed is applicable despite the population rate and the characteristics of the local health system.

Key-words: Health Evaluation, Oral Health, Health Services

Introdução

O desenvolvimento dos estudos de avaliação ocorreu principalmente pela preocupação e necessidade de redução dos custos e maximização dos resultados das intervenções. O critério de eficiência teve grande importância para esta perspectiva, principalmente nas avaliações das instituições públicas. A avaliação com ênfase nos programas públicos teve início após a Segunda Guerra Mundial com o desenvolvimento de políticas públicas sociais durante o *Welfare State*. A avaliação na área da saúde se impôs na década de 70¹, inicialmente com a preocupação de racionalização dos recursos e posteriormente adotando critérios de qualidade do processo e de desempenho institucional.²

O conceito de avaliação é descrito como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de parâmetros ou referenciais previamente explícitos, visando à tomada de decisão.^{1,3,4} O processo de avaliação define os êxitos e os fracassos do objeto, e, a partir daí, o que é passível de aprimoramento e como fazê-lo.⁵

A avaliação é considerada um campo de atuação influenciado em método e referencial teórico pelas áreas a que se destinam os estudos de avaliação, e assim é o caso da avaliação em saúde.³ O tema avaliação em saúde é amplo com diferentes enfoques a serem adotados, variando desde avaliações de cuidados individuais até avaliações de sistemas de saúde.² Geralmente o objeto da avaliação é uma ação ou o conjunto delas com finalidade de superar uma situação problemática na área da saúde.¹ Os objetos da avaliação em saúde podem ser distribuídos em níveis de ações, serviços, estabelecimentos e sistemas.⁶ Segundo Contandriopoulos¹, a pesquisa avaliativa pode ser desenvolvida em seis tipos de análise: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação.

Dentre as diversas abordagens avaliativas em saúde a mais divulgada é a organizada por Donabedian, a qual analisa a tríade estrutura, processo e resultado. A avaliação da estrutura permite conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços por meio de fatores como padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física, equipamentos. A avaliação do processo envolve a análise da qualidade da prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A avaliação dos indicadores de resultado apresenta as mudanças decorrentes das medidas implementadas.²

Sander⁷ descreve sua abordagem para avaliação da gestão da educação conforme o contexto histórico da evolução das teorias da administração, quatro critérios são utilizados pelo autor: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Eficiência é um critério associado à racionalidade econômica e à produtividade, significa produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos. A eficácia é um critério institucional que revela a capacidade administrativa para alcançar as metas estabelecidas ou os resultados propostos. O conceito de efetividade é o compromisso real e verdadeiro com o alcance dos objetivos sociais e com o atendimento das demandas políticas da comunidade. Por fim, a relevância é o critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor⁷.

Estes conceitos descritos são aplicados ao setor saúde mediante adaptações, sendo a eficiência o critério de desempenho econômico que descreve a habilidade do gestor na tomada de decisões voltadas à otimização da capacidade instalada, a eficácia o critério de desempenho político que descreve a habilidade do gestor em tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Saúde ou outro documento oficial, a efetividade o critério social que revela a habilidade administrativa do gestor em tomar decisões voltadas à satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento da atenção à saúde, a relevância o critério cultural que revela a habilidade do gestor em tomar decisões voltadas ao atendimento das expectativas coletivas da sociedade.⁸

A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas de governo e quando incorporada às práticas dos serviços de saúde subsidia o planejamento, auxilia na tomada de decisões e na própria formação dos sujeitos envolvidos nesses processos.³ A institucionalização da avaliação ou a incorporação do processo avaliativo na rotina dos serviços do sistema de saúde propicia uma contribuição à qualificação da atenção em saúde. A avaliação deve ser um elemento cotidiano do trabalho em saúde, pois o processo de avaliação torna-se crítico, reflexivo e com oportunidade de aprendizado somente quando ele é contínuo.⁵

A utilização de processos avaliativos em instituições públicas no Brasil ainda é esparsa devido às concepções ultrapassadas da atividade de avaliar.² A avaliação muitas vezes é vista como um processo punitivo associado a práticas autoritárias e de controle e realizada por especialistas externos à instituição.⁴ Outras formas do senso comum dadas à atividade avaliativa são: utilização aleatória das informações no planejamento; conseqüências negativas do resultado da avaliação como redução de recursos financeiros e demissões; prática com pouco custo-benefício para a instituição por ser onerosa tanto do ponto de vista financeiro quanto temporal.² Esta visão é sedimentada quando a avaliação é usada com finalidades desviantes do processo,

como protelar decisões, intimidar grupos, ou dar cientificidade as decisões exclusivamente políticas.⁴

Tratando do sistema de saúde brasileiro, a avaliação é uma função da gestão das esferas federal, estaduais e municipais. Apesar disso, o Sistema Único de Saúde apresenta-se em um contexto onde os processos avaliativos são incipientes e pouco incorporados às práticas. A exemplo de outros setores, as avaliações têm caráter prescritivo, burocrático e não constitui um suporte ao planejamento e ao processo decisório.⁹ Com o intuito de alterar este quadro deficiente, o Ministério da Saúde desenvolveu medidas para a institucionalização dos processos avaliativos no Sistema Único de Saúde. A criação da Coordenação de Investigação da Atenção Básica, atual Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica trouxe a temática avaliação para o âmbito da atenção básica.

A atenção básica é um nível estratégico dentro do Sistema Único de Saúde por ser o eixo da reorientação das ações de atenção à saúde, para mudança do modelo assistencial e organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e resolutiva. Um dos fundamentos da atenção básica é a avaliação e o monitoramento sistemático dos resultados alcançados como parte ativa do processo de planejamento e programação do sistema de saúde.¹⁰ A atenção em saúde bucal é um campo de prática na atenção básica e deve participar ativamente dos processos avaliativos.

A preocupação em avaliar serviços e sistemas de saúde existe há algum tempo, no entanto é ainda recente a implantação de avaliações sistemáticas.⁵ A grande maioria dos estudos de avaliação em saúde publicados dedica-se à avaliação de um serviço ou programa específico, diagnósticos da situação de serviços de saúde, estudos de caso e análises sobre a implementação ou desenvolvimento de um programa ou política pública; ou avaliação da implementação da Estratégia Saúde da Família, poucas são as pesquisas publicadas sobre avaliação organizacional ou de desempenho da atenção básica.¹¹

No tocante à atenção em saúde bucal, os estudos de avaliação publicados são a respeito de experiências exitosas ou estudos de caso em diversos municípios do país¹², no entanto destacamos dois estudos de avaliação da atenção em saúde bucal publicados recentemente que trazem tipologias de avaliação mais abrangentes.

Chaves e Vieira-da-Silva¹² apresentaram um estudo comparativo da avaliação da atenção em saúde bucal em dois municípios com diferentes e extremos estágios de descentralização da gestão em saúde no estado da Bahia. O primeiro com grau avançado de descentralização e o segundo com grau incipiente de implantação da gestão descentralizada. As dimensões para a avaliação da atenção à saúde bucal segundo o grau de descentralização da gestão foram a gestão

da atenção à saúde bucal (organização do serviço) e as práticas desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica. Os municípios analisados não alcançaram o grau avançado de organização da atenção à saúde bucal. A sub-dimensão mais crítica foi o acolhimento, sendo que a maioria das sub-dimensões foram consideradas em grau intermediário no município com gestão descentralizada em grau avançado e consideradas incipientes no município com descentralização incipiente. As ações educativas estiveram voltadas quase que exclusivamente para crianças e adolescentes em idade escolar, o acesso à assistência odontológica foi realizado mediante a demanda não programada e sem organização da oferta dos serviços.

Souza e Roncalli¹³ realizaram uma avaliação da mudança do modelo assistencial em saúde bucal através da implantação da Estratégia Saúde da Família no estado do Rio Grande do Norte. A matriz avaliativa contemplou três dimensões: organização do trabalho na equipe de saúde bucal, acesso da população aos serviços de saúde bucal e estratégias de programação desenvolvidas pela equipe. Da amostra de 19 municípios, nove municípios apresentaram juízo de valor Satisfatório, e todos estes possuíam bons indicadores de IDH-M e população acima de 50 mil habitantes. Os pontos críticos para a mudança do modelo assistencial na estratégia Saúde da Família apontados no artigo foram o referenciamento dos usuários para ações de média e alta complexidade; o desenvolvimento de ações intersetoriais; as estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico) e avaliação das ações; a infra-estrutura observada; e a ausência de documentos como protocolos de atendimento e relatórios das ações desenvolvidas.

Outros estudos de avaliação que utilizam metodologia semelhante também foram publicados recentemente, demonstrando o interesse em desenvolver modelos de avaliação para o contexto do Sistema Único de Saúde que contemplem objetos não tão restritos como ações ou programas exitosos e relatos de caso.

Viacava et al¹⁴ propôs uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Foram construídas quatro dimensões para a avaliação: determinantes de saúde; condições de saúde da população; estrutura do sistema de saúde; desempenho do sistema de saúde. A dimensão de determinantes de saúde apresentou as sub-dimensões: fatores ambientais; características sócio-econômicas e demográficas; e fatores comportamentais e biológicos. A dimensão de condições de saúde da população apresentou as sub-dimensões: morbidade; estado funcional; bem-estar físico-psíquico e social; e mortalidade. A dimensão de estrutura do sistema de saúde apresentou as sub-dimensões de condução; de financiamento; e de recursos. A dimensão do desempenho do sistema de saúde apresentou as sub-dimensões: acesso; aceitabilidade; respeito ao direito das pessoas; continuidade; adequação; efetividade; eficiência.

Viana et al¹⁵ desenvolveu um estudo de avaliação em municípios com população acima de 100 mil habitantes no estado de São Paulo com finalidade de identificar modelos de atenção básica e graus de efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade dos sistemas municipais de saúde.

A efetividade foi descrita pelos autores como a integralidade do cuidado e as práticas na oferta de serviços refletida em dois componentes: integralidade do serviço e acesso às ações da atenção básica. A eficácia expressou questões referentes à organização da atenção (práticas de gestão). A sustentabilidade ou capacidade estrutural se referiu à dimensão político-institucional e de organização da atenção, enquanto que a governabilidade se referiu à dimensão político-institucional, expressa em existência ou não de conflitos entre o gestor e outros agentes envolvidos direta ou indiretamente no sistema de saúde municipal.

Vieira-da-Silva et al¹⁶ analisou a implantação da gestão descentralizada em saúde em cinco municípios do estado da Bahia, discutindo a influência das características de governo e de gestão sobre o grau de organização do sistema de saúde municipal. Dois municípios apresentavam características de descentralização considerada exitosa e outros dois municípios apresentavam características de descentralização considerada não exitosa. As dimensões da avaliação foram: componentes do governo, gestão da saúde e práticas assistenciais. A matriz de indicadores passou por uma validação através de realização de conferência de consenso utilizando técnica mista de método Delphi e presencial. Os principais problemas encontraram-se nas dimensões da gestão do sistema e de práticas assistenciais, sendo elas áreas críticas para intervenções, principalmente no que diz respeito à institucionalização do planejamento e da avaliação e aos projetos intersetoriais.

Este artigo tem como objetivo apresentar o desenvolvimento e o teste de aplicabilidade de um Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal a partir do critério de efetividade. Sua motivação decorre do atual desenvolvimento de estudos na área de avaliação em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde, do movimento para a institucionalização da avaliação, e dos poucos estudos publicados à respeito de avaliações em saúde bucal visando o desempenho e a qualidade da atenção no contexto do Sistema Único de Saúde. A saúde bucal é considerada uma área estratégica no desenvolvimento de ações na atenção básica,^{10,17} e o modelo de avaliação apresenta-se como um instrumento de gestão para melhora da qualidade da atenção em saúde bucal.

Metodologia

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa metodológica, cuja função é estabelecer métodos para avaliar determinada situação¹⁸. O produto final do estudo foi um Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal, a partir do critério da efetividade das decisões tomadas pelo gestor municipal, no contexto do Sistema Único de Saúde.

Modelo teórico-lógico

Para orientar a avaliação foi idealizado um modelo teórico-lógico que abarca o objeto da avaliação. O modelo teórico-lógico é a primeira etapa do processo avaliativo uma vez que define como o serviço deve se comportar para alcançar os resultados esperados em determinado contexto político e organizacional.¹⁹

A avaliação orientada pela teoria surgiu como movimento contrário à avaliação centrada na metodologia. A utilização de modelos teóricos na avaliação possibilita a ampliação da visão avaliativa para as questões políticas e organizacionais, algo que não ocorre na avaliação orientada apenas por métodos, esta última denominada de avaliação do tipo ‘caixa-preta’.¹⁹

A construção do modelo teórico além de trazer implícitos conhecimentos científicos, deve incorporar os conhecimentos práticos de grupos de interesse. Esses grupos de interesse podem ser compostos por organizações, indivíduos ou grupos de indivíduos com características comuns com algum interesse no objeto da avaliação.²⁰

A referência usada para o desenvolvimento do modelo teórico-lógico foi a proposta de Avaliação da Gestão da Atenção Básica desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria técnica com a Universidade Federal de Santa Catarina. A proposta faz parte do Projeto de Consolidação do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina, referente ao desenvolvimento do componente III do PROESF.⁸

A efetividade da Atenção em Saúde Bucal foi eleita para este estudo avaliativo, sendo definida como um critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor em tomar medidas voltadas à satisfação das necessidades e expectativas individuais referentes ao recebimento da atenção em saúde bucal (maximização dos resultados).⁸

O modelo de avaliação decompôs a Atenção em Saúde Bucal no sistema municipal em duas dimensões: (1) Gestão da Saúde Bucal e (2) Provimento da Saúde Bucal.

A Gestão da Saúde Bucal é o compromisso da esfera municipal em organizar a atenção à saúde bucal segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, proporcionando acesso universal e equânime. É a dimensão político-organizacional do modelo e foi disposta em quatro sub-

dimensões: (1) Intersetorialidade, (2) Participação Popular, (3) Recursos Humanos e (4) Infra-estrutura.

O Provimento da Saúde Bucal descreve a capacidade do sistema municipal de saúde em prover a atenção à saúde bucal com qualidade, a fim de reduzir os riscos e agravos relacionados à saúde bucal. Esta dimensão técnica está categorizada segundo os ciclos vitais de criança, adolescente, adulto e idoso e possui duas sub-dimensões para atuação: (1) Promoção, Prevenção e Diagnóstico e (2) Tratamento, Recuperação e Reabilitação (Quadro 1).

Construção dos indicadores e definição dos parâmetros

Em cada dimensão e respectivas sub-dimensões foram construídos indicadores para formular os juízos de valor a respeito da efetividade da Atenção em Saúde Bucal.

O método para a construção dos indicadores seguiu a proposição de Assis²¹, na qual a formulação de indicadores deve ser construída de forma comunicativa e dialógica entres os diferentes interesses e visões dos atores envolvidos na avaliação e nas ações que serão avaliadas. Desta forma a construção dos indicadores ocorreu por meio de oficinas de *experts* vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As oficinas foram realizadas quinzenalmente durante três meses e a matriz final de indicadores foi reformulada até o consenso entre os participantes. Foram aprovados doze indicadores: quatro indicadores na dimensão Gestão da Saúde Bucal e oito indicadores na dimensão Provimento da Saúde Bucal (Tabela 1).

Os indicadores aprovados para a dimensão Gestão da Saúde Bucal, conforme as sub-dimensões citadas foram: Acesso ao Flúor, Saúde bucal no controle social, Paralisação do serviço de saúde bucal (Recursos humanos) e Paralisação do serviço de saúde bucal (Infra-estrutura). Os indicadores aprovados para a dimensão Provimento da Saúde Bucal, conforme as sub-dimensões e os ciclos de vida foram: Atividades coletivas em saúde bucal, Tratamento conservador (Saúde da criança), Educação em saúde bucal, Tratamento conservador (Saúde do adolescente), Diagnóstico de lesões de mucosa, Saúde do trabalhador, Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante e Atendimento protético.

Os juízos de valor foram designados como “satisfatório” ou “insatisfatório” segundo os parâmetros definidos para cada indicador.

Na formulação dos parâmetros para os indicadores de Acesso ao Flúor, Atividades Coletivas em Saúde Bucal, Tratamento Conservador e Atendimento Protético optou-se pelo uso dos valores destes indicadores calculados para o estado de Santa Catarina no ano de 2006, devido a ausência de parâmetros definidos na literatura científica ou documentos técnicos para estes

indicadores. Os municípios analisados com valores igual ou maior que o valor do indicador estadual foram considerados como “satisfatório”, caso contrário foram classificados como “insatisfatório”. Uma exceção foi feita para o indicador de Tratamento Conservador, cuja medida é a porcentagem de exodontias de dentes permanentes dentre os procedimentos odontológicos individuais. Para este indicador, quanto maior a medida, menor o índice de priorização do tratamento conservador, assim para o município ser considerado “satisfatório” deveria apresentar o valor igual ou menor do que o indicador estadual.

Os indicadores de Paralisação do Serviço de Saúde Bucal nas sub-dimensões de Recursos Humanos e Infra-estrutura foram considerados como “satisfatório” somente naqueles municípios nos quais nenhuma Unidade Local de Saúde teve paralisação do serviço de saúde bucal por mais de dois dias consecutivos. O sistema de saúde municipal deve estar estruturado para a rápida resolução de problemas que envolvam a consequência de paralisação do serviço, sendo inadmissível a paralisação por mais de dois dias consecutivos para uma Gestão de Saúde Bucal efetiva.

Para o parâmetro dos indicadores de Educação em Saúde Bucal e Atenção em Saúde Bucal para Idosos com Limitação Incapacitante considerou-se “satisfatório” somente o município em que todas as Unidades Locais de Saúde realizaram grupos de educação em saúde para adolescentes e visita domiciliar com ações em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante. Entende-se que o Provimento de Saúde Bucal somente será efetivo no nível municipal se todas as Unidades Locais de Saúde do município realizarem atividades de promoção, prevenção e diagnóstico.

Os indicadores, suas medidas e os parâmetros para o cálculo dos juízos de valor estão dispostos na Tabela 1.

Teste de aplicabilidade

Para testar a aplicabilidade do modelo construído foram selecionados municípios do estado de Santa Catarina. A amostra intencional contemplou vinte e dois municípios no estado de Santa Catarina, selecionados pela facilidade de articulação institucional. Os municípios da amostra apresentam heterogeneidade quanto ao porte populacional e quanto às características do sistema municipal de saúde. Doze municípios apresentam população até 10 mil habitantes, seis municípios com porte populacional entre 10 e 50 mil habitantes, e quatro municípios com população acima de 50 mil habitantes.

Tabela 1 – Modelo de Avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal, dimensões, sub-dimensões, indicadores, medidas e parâmetros

Dimensão Gestão Saúde Bucal				
Sub-dimensão	Indicador	Medida	Parâmetro	
Intersectorialidade	Acesso ao flúor	Porcentagem de pessoas residentes no município atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano, no ano de 2006	≥62% satisfatório <62% insatisfatório	
Participação Popular	Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal no relatório final da Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente	Sim - satisfatório Não - insatisfatório	
Recursos Humanos	Paralisação do serviço de saúde bucal	Percentual de Unidades Locais de Saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por motivo de falta de profissional, no ano de 2006	0 satisfatório > 0 insatisfatório	
Infra-estrutura	Paralisação do serviço de saúde bucal	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde em que houve interrupção do atendimento por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamento, por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2006	0 satisfatório > 0 insatisfatório	
Dimensão Provimento Saúde Bucal				
Sub-dimensão	Indicador	Medida	Parâmetro	
Saúde da Criança	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Atividades coletivas em saúde bucal	Cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal, na faixa etária de 0-12 anos incompletos, no ano de 2006	≥ 2,36 satisfatório < 2,36 insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Tratamento conservador	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 0-12 anos incompletos	≤ 5,35 satisfatório > 5,35 insatisfatório
Saúde do Adolescente	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Educação em saúde bucal	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes, no ano de 2006	100% satisfatório <100% insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Tratamento conservador	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 12-20 anos incompletos	≤ 5,48 satisfatório > 5,48 insatisfatório
Saúde do Adulto	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Diagnóstico de lesões de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano de 2006	Sim - satisfatório Não - insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Saúde do trabalhador	Existência de Unidade Local de Saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno, no ano de 2006	Sim - satisfatório Não - insatisfatório
Saúde do Idoso	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde que realizaram visita domiciliar com ações de saúde bucal para idosos com limitação incapacitante, no ano de 2006	100% satisfatório <100% insatisfatório
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	Atendimento protético	Porcentagem de procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária realizados no ano de 2006, na faixa etária acima de 60 anos	≥ 0,13 satisfatório < 0,13 insatisfatório

Coleta de dados

Os dados do Sistema de Informação Municipal não disponibilizados na rede pública de informações foram coletados por meio de um formulário elaborado para este fim. Anteriormente ao envio dos formulários aos municípios da amostra foi realizada uma primeira abordagem aos gestores municipais durante encontro da Comissão Inter-gestores Bipartite do estado de Santa Catarina. Na mesma data foi apresentado o projeto de pesquisa para o desenvolvimento do Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal.

Contatos telefônicos permitiram agendar encontros para apresentação da pesquisa e entrega do formulário com os gestores municipais com os quais não foi possível contato presencial durante a primeira abordagem. Para completar a coleta dos formulários corretamente preenchidos houve necessidade de novos contatos telefônicos e presenciais nos municípios.

Os dados do Sistema de Informação Municipal disponibilizados na rede pública de informações foram coletados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Estes dados foram acessados por meio do setor de informação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Para confirmação dos dados coletados no SIA, em anexo ao formulário de coleta dos dados do Sistema de Informação Municipal foi enviada uma tabela com os dados captados no sistema de informação a fim de que o gestor informasse qualquer improcedência.

Os dados demográficos foram coletados no Sistema de Informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os quais estão disponibilizados na rede pública de informações.

Após a coleta os dados foram consolidados e analisados no programa EXCEL.

Resultados

O Modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal desenvolvido pôde ser aplicado nos municípios da amostra intencional, sendo apenas um deles excluído por não apresentar disponíveis os dados do ano de 2006. A amostra foi composta por municípios com diferentes portes populacionais a fim de verificar a aplicabilidade do modelo avaliativo em diferentes realidades locais, com sistemas municipais de saúde diferenciados. Desta forma uma das virtudes do modelo desenvolvido é sua aplicabilidade em municípios com portes populacionais variados.

A efetividade da Atenção em Saúde Bucal avaliada mediante as dimensões de Gestão da Saúde Bucal e de Provimento da Saúde Bucal possibilita a avaliação das esferas política e técnica segundo suas características. Isto facilita tanto o processo avaliativo, inclusive a definição dos indicadores, quanto a apreciação dos resultados e a utilização deles para o planejamento de reorientação das ações porque permite identificar com maior precisão os pontos críticos da Atenção em Saúde Bucal.

A matriz da avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal com a apresentação dos juízos de valor segundo as dimensões, sub-dimensões e municípios está disposta na Tabela 2. A

tabela 3 apresenta os municípios com juízo de valor “satisfatório” segundo as dimensões e sub-dimensões avaliadas.

A classificação dos municípios analisados no teste de aplicabilidade do Modelo, quando utilizados os parâmetros definidos, foi relativa ao estado de Santa Catarina. Optou-se por não atribuir um juízo de valor único final pela representatividade pequena da amostra intencional, assim os resultados foram apresentados conforme os indicadores das dimensões e sub-dimensões.

Neste estudo os municípios analisados não atingiram um número de indicadores com juízo de valor “satisfatório” acima de 6, sendo 12 o número total de indicadores analisados. O número mínimo dos indicadores com juízo “satisfatório” foi 2.

Na dimensão da Gestão da Saúde Bucal o indicador que apresentou maior número de municípios com classificação “satisfatória” foi o de Participação Popular. As Conferências e os Conselhos de Saúde instituem diretrizes e políticas públicas para atender as demandas locais e oportunizam momentos de diálogo entre a população usuária dos serviços, os profissionais de saúde e os gestores. A saúde bucal como um dos temas abordados nestes espaços participativos ilustra sua inclusão na pauta de discussões em políticas públicas de saúde no âmbito local.

O indicador de Infra-estrutura apresentou o segundo maior número de municípios com juízo de valor “satisfatório”, no entanto o número não ultrapassou a metade da amostra de municípios, indicando que, dos municípios analisados, a maioria dos gestores não institui diretrizes adequadas para a rápida resolução de problemas referentes aos equipamentos odontológicos, prejudicando o atendimento disponibilizado pelo serviço de saúde bucal do município.

A Intersetorialidade foi medida pelo indicador de acesso ao flúor. Aproximadamente 30% dos municípios atingiram o parâmetro de 62% de população coberta pela fluoretação da água de abastecimento público. Esse número é baixo considerando o tempo decorrido desde a primeira legislação a respeito da fluoretação da água de abastecimento público e a ampla divulgação da adição do flúor na água de abastecimento como meio de prevenção para cárie dentária com abrangência populacional. Os municípios com menos de 15 mil habitantes foram os que apresentaram a medida abaixo do parâmetro definido, com exceção de um município com população acima de 20 mil habitantes. Diante da importância da fluoretação da água de abastecimento público, a efetiva gestão municipal da saúde bucal deve criar meios para que esta medida atinja a maior parte da população do município, independente de seu porte populacional e condições de abastecimento de água.

O indicador de Recursos Humanos contempla a habilidade do gestor em evitar a paralisação do serviço de saúde bucal por mais de dois dias consecutivos em casos de ausência do profissional. O número de municípios classificados como “satisfatório” foi idêntico ao do indicador de Intersetorialidade, demonstrando igual fragilidade na gestão municipal de recursos humanos.

A dimensão do Provimento da Saúde Bucal apresentou uma divisão em suas sub-dimensões segundo ciclos de vida. Esta divisão demonstrou ser uma boa opção metodológica para avaliar a efetividade da Atenção em Saúde Bucal, pois contempla o princípio da universalidade de atenção oportunizando o acesso ao serviço de saúde bucal aos diferentes segmentos etários da população. A avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal mediante as sub-dimensões de Promoção, Prevenção e Diagnóstico e de Tratamento, Recuperação e Reabilitação engloba o princípio da integralidade e a preocupação da gestão municipal em promover a quebra do modelo hegemônico centrado no tratamento. A Política Nacional de Saúde Bucal²¹ cita a organização do serviço segundo ciclos de vida (linhas de cuidado) e concorda com a necessária mudança do modelo assistencial curativo para o modelo de atenção integral à saúde vinculando ações de promoção e de proteção com as de recuperação e reabilitação.

A dimensão do Provimento da Saúde Bucal apresentou resultados semelhantes quando analisados os juízos de valor dos indicadores segundo as sub-dimensões de Promoção, Prevenção e Diagnóstico e de Tratamento, Recuperação e Reabilitação, e ainda conforme os ciclos vitais. A Saúde da Criança e a Saúde do Adolescente apresentaram maior número de municípios com juízo “satisfatório” para a sub-dimensão de Tratamento, Recuperação e Reabilitação, enquanto que a Saúde do Adulto e a Saúde do Idoso apresentaram estes maiores valores na dimensão de Promoção, Prevenção e Diagnóstico.

A Saúde da Criança referente à sub-dimensão de Promoção, Prevenção e Diagnóstico apresentou somente 5 municípios da amostra com indicador “satisfatório”, assim como a Saúde do Adolescente, com 3 municípios com juízo de valor “satisfatório”, demonstrando que as ações coletivas em saúde bucal são minimamente desenvolvidas nos municípios analisados, assim como os grupos de educação em saúde para adolescentes. A mesma sub-dimensão analisada no contexto da Saúde do Adulto e da Saúde do Idoso apresentou melhores resultados, no entanto o número de municípios com juízo de valor “satisfatório” permanece baixo, formando um indício de que a atuação do serviço de saúde bucal dos municípios da amostra não apropriou a necessidade da mudança do modelo de atenção.

A Saúde do Idoso sob a ótica da sub-dimensão de Tratamento, Recuperação e Reabilitação não apresentou nenhum município com classificação “satisfatório”. Não houve incorporação do procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na atenção básica dos municípios da amostra, mesmo com este procedimento incluído neste nível de atenção pela Portaria MS/SAS nº. 566/04. O indicador desta sub-dimensão para Saúde da Criança e para Saúde do Adolescente teve juízo de valor “satisfatório” para 10 municípios da amostra.

Discussão

Na dimensão da Gestão da Saúde Bucal, os indicadores que apresentaram o menor número de municípios com classificação “satisfatório” foram o de Recursos Humanos e de Intersetorialidade. Souza e Roncalli¹³ e Vieira da Silva et al¹⁶ citaram estas áreas como pontos críticos em seus estudos avaliativos no nível local. Os problemas relatados foram a falta de uma política de recursos humanos e limitações ou inexistência de atuação intersetorial, sendo que em alguns municípios não houve clareza quanto ao conceito e à prática da intersetorialidade. A intersetorialidade é uma forma de resolução de problemas complexos que demandam a participação de mais de um setor da administração pública. Portanto, é uma questão indispensável ao setor saúde uma vez que os riscos e agravos à saúde dos indivíduos encontram-se pulverizados nas situações e nas condições de vida. No modelo aqui contemplado a sub-dimensão de Recursos Humanos foi avaliada segundo o critério de efetividade, ou a satisfação das necessidades e expectativas individuais referentes ao recebimento da atenção à saúde. O esperado é que o gestor municipal desenvolva medidas que evitem a paralisação do serviço de saúde bucal por motivo de falta do profissional. Apesar desta diferenciação na abordagem, os estudos de avaliação que contemplam a análise de recursos humanos concordam em seus resultados demonstrando esta ser uma área com grande deficiência de gestão nos sistemas municipais de saúde.

Tabela 2 – Matriz de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal, apresentação dos juízos de valor segundo as dimensões, sub-dimensões e municípios, Santa Catarina, 2006.

n	Pop	Dimensão Gestão da Saúde Bucal				Dimensão Provimento Saúde Bucal								Total juízo "satisfatório"
		Interset A-In	PartPop B-In	RecHum C-In	InfraEstr D-In	Criança EP-In ET-In		Adolescente FP-In FT-In		Adulto GP-In GT-In		Idoso HP-In HT-In		
1	2.668	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	2
2	2.841	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	2
3	2.992	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
4	3.101	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
5	3.348	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
6	3.868	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	5
7	5.138	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
8	5.410	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
9	6.215	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
10	7.042	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	5
11	8.163	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	3
12	9.622	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	3
13	13.050	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	3
14	15.562	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	3
15	16.410	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	5
16	18.245	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	2
17	26.345	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
18	58.433	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
19	128.102	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
20	201.104	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
21	406.566	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
Total juízo "satisfatório"		7	12	7	9	5	10	3	10	10	6	10	0	

Legenda:

- Insatisfatório
- Satisfatório

Intset: Intersetorialidade; PPop: Participação Popular; RHum: Recursos Humanos; InfEstr: Infra-estrutura; A-In: Indicador de Intersetorialidade; B-In: Indicador de Participação Popular; C-In: Indicador de Recursos Humanos; D-In: Indicador de Infra-estrutura; EP-In: Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico da criança; ET-In: Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação da criança; FP-In: Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico do adolescente; FT-In: Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação do adolescente; GP-In: Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico do adulto; GT-In: Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação do adulto; HP-In: Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico do idoso; HT-In: Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação do idoso.

Obs.: apresentação de resultados adaptada de Souza e Roncalli (2007)

Tabela 3 – Número de municípios com juízo de valor “satisfatório”, segundo as dimensões e sub-dimensões, Santa Catarina, 2006.

Dimensão	Sub-dimensão	Foco	n	%
Gestão da Saúde Bucal	Intersetorialidade		7	32
	Participação Popular		12	55
	Recursos Humanos		7	32
	Infra-estrutura		9	41
Provimento da Saúde Bucal	Promoção, Prevenção e Diagnóstico	criança	5	23
		adolescente	3	14
		adulto	10	45
	Tratamento, Recuperação e Reabilitação	idoso	10	45
		criança	10	45
		adolescente	10	45
		adulto	6	27
	idoso	0	0	

Quanto ao Provimento da Saúde Bucal, observou-se o reduzido número de municípios que obtiveram juízo de valor “satisfatório” para a sub-dimensão de Promoção, Prevenção e Diagnóstico nos focos de Saúde da Criança e Saúde do Adolescente. No entanto, chama atenção que o número de municípios com juízo de valor “satisfatório” aumentou nos focos de Saúde do Adulto e Saúde do Idoso, quebrando a centralização das ações de promoção e prevenção destinadas exclusivamente a crianças em idade escolar. Mesmo assim, as práticas de mudança de modelo assistencial ainda são incipientes nos municípios analisados. Chaves e Vieira da Silva¹² relataram esta dificuldade na quebra da hegemonia curativa. Outro fato destacado pelas autoras foi a centralização do tema cárie dentária nas ações de prevenção. Esta realidade também foi observada nos municípios catarinenses analisados, quando se verifica que muitos não dispõem de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, restringindo atuações de caráter preventivo-diagnóstico do Cirurgião-Dentista.

O desempenho dos municípios nas sub-dimensões avaliadas, com poucos indicadores classificados como “satisfatório” gera implicações negativas no desenvolvimento do atendimento integral ao indivíduo, o qual espera por um atendimento efetivo nas ações de promoção, prevenção e de tratamento e reabilitação.

Os indicadores na sub-dimensão de Tratamento, Recuperação e Reabilitação para os ciclos de vida da Criança e do Adolescente tiveram suas medidas alteradas devido à ausência de dados de procedimentos odontológicos segundo faixa etária nos sistemas de informação municipais. Este

foi o ponto mais crítico encontrado no teste de aplicabilidade do Modelo de Avaliação, o que remete à qualidade dos registros nos Sistemas de Informação Municipais.

Esta falta de interesse em coletar os dados referentes aos procedimentos odontológicos por faixa etária nos dá um indício de que os sistemas municipais de saúde ainda não possuem uma estrutura descentralizada na produção e uso da informação. Os dados coletados e a informação gerada são as mínimas requeridas pelo Sistema de Informação Nacional para o recebimento de recursos e de habilitações desta esfera de governo. No momento em que o gestor municipal de saúde não considera a informação em saúde bucal como um pré-requisito para alcançar a qualidade do sistema municipal de saúde, impossibilita as atividades de planejamento e avaliação. Ainda, em uma Atenção em Saúde Bucal efetiva, a informação sobre os procedimentos realizados e sobre os usuários atendidos é primordial para indicar o cumprimento da universalidade da atenção no sistema municipal de saúde. A universalidade de atenção torna-se um ponto importante a ser avaliado na Atenção em Saúde Bucal dado o caráter *sespiano* das ações em saúde bucal até hoje percebidas em alguns municípios, onde o grupo de crianças em idade escolar ainda é priorizado no atendimento do serviço de saúde bucal.

A falta de cultura no uso da informação, do planejamento e das avaliações das ações em saúde é citada por outros autores como áreas críticas à melhoria da atenção em saúde.^{12,13,16} É preciso instituir o real valor da informação nos sistemas municipais de saúde, como um fator indispensável no processo avaliativo, com poder de analisar a situação para que sejam encontrados caminhos para a sua melhoria ou para subsidiar a sua continuidade.²³

Considerações Finais

Este estudo desenvolveu um Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal, sob o critério da efetividade. O modelo de avaliação apresentou-se como um instrumento de gestão aplicável em municípios com diferentes portes populacionais e com diferentes características do sistema municipal de saúde. A matriz construída apresenta flexibilidade para mudanças futuras, adaptando-se continuamente às mudanças dos sistemas municipais de saúde.

No que diz respeito à efetividade da Atenção em Saúde Bucal nos municípios catarinenses analisados, as ações de Promoção, Prevenção e Diagnóstico devem ser mais bem inseridas na atenção em saúde bucal. Especificamente, o desenvolvimento destas ações no foco de Saúde do

Adolescente visto a dificuldade deste grupo etário inserir-se nas atividades de caráter de promoção da saúde e prevenção de agravos. As ações de Tratamento, Recuperação e Reabilitação igualmente devem ser mais bem distribuídas entre os ciclos de vida. Especificamente, esta sub-dimensão no foco de Saúde do Idoso deve contemplar o procedimento de Moldagem, Adaptação e Acompanhamento de Prótese Dentária a fim de melhorar a resolutividade e a integralidade das ações na atenção básica.

Sugere-se a inclusão de dados relativos à faixa etária da população atendida pelo serviço de saúde bucal para que os futuros estudos contemplem esta informação em suas análises. O uso da informação nos municípios deve ser mais bem explorado pelos gestores do sistema municipal de saúde. A existência de um sistema de informação descentralizado permite a implementação de políticas de planejamento e avaliação no nível local. O envolvimento do nível municipal com o processamento e análise dos dados torna a informação mais confiável e útil para a utilização nos estudos avaliativos e também contribui para a melhora da qualidade da atenção em saúde.

A institucionalização da avaliação é uma importante função da gestão de sistemas de saúde, no entanto não está consolidada nos sistemas municipais de saúde analisados. A institucionalização da avaliação em saúde não é meramente a formulação de políticas de avaliação locais, ela inclui a construção contínua de processos de avaliação, instrumentos e estratégias, e o desenvolvimento e aprimoramento de capacidade técnica.

Por fim ressalta-se a importância de firmar parcerias institucionais para o desenvolvimento de estudos de avaliação. A parceria técnico-científica entre instituições da administração pública e centros de ensino e pesquisa permite a construção de modelos de avaliação segundo diferentes visões e interesses e enriquece a dinâmica do processo avaliativo.

Bibliografia

- 1- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
- 2- Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Unisul; 2006. p. 115-139.
- 3- Tanaka O, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
- 4- Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 715-740
- 5 - Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
- 6- Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-40.
- 7- Sander B. Administración de la educación en América Latina: el concepto de relevancia cultural. *La Educación* 1984; 96: 49-69.
Disponível em: <<http://www.bennosander.com/artigos.php>> Acesso em: 29 de janeiro de 2008.
- 8- Scaratti D. Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil, uma aplicação a municípios catarinenses [Tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 11-Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- 12- Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5):1119-1131.

- 13- Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2727-2739.
- 14- Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(3):711-724.
- 15- Viana AL, Rocha JY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):577-606.
- 16- Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2):355-370.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/lildbi/docsonline/1/7/371-noas_2002.pdf> Acesso em: março de 2007.
- 18- Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
- 19- Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.
- 20- Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 165-181.
- 21- ASSIS SG, DESLANDES SF, MINAYO MCS, SANTOS NC. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. pág 105-132.
- 22- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> . Acesso em: agosto de 2005
- 23- Branco MAF. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: Brasil, Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 163-169.

APÊNDICES

Apêndice A - Indicadores construídos para avaliar a efetividade da Atenção em Saúde Bucal, respectivas medidas e *rationale*

Apêndice B - Formulários para coleta de dados do sistema municipal de saúde

Apêndice C – Formulário para confirmação dos dados coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)

Apêndice D – Tabela de siglas e nomes das variáveis do banco de dados

Apêndice E – Banco de dados para avaliar a efetividade da Atenção em Saúde Bucal

APÊNDICE A – Indicadores construídos para avaliar a efetividade da Atenção em Saúde Bucal, respectivas medidas e *rationale*

A- GESTÃO DA SAÚDE BUCAL: INTERSETORIALIDADE

Indicador	Medida
Acesso ao flúor	Porcentagem de pessoas residentes no município atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano, no ano de 2006

RATIONALE

- ✓ A inclusão do íon Flúor na água de abastecimento para o consumo humano confere item de prevenção à doença cárie². A Lei nº. 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo Decreto nº. 76.872, de 22 de dezembro de 1975, dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento³. A fluoretação da água de abastecimento além de possuir respaldo legal indica a atuação intersetorial das instituições estatais e/ou privadas para evitar agravos à população atendida.

² NARVAL, PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(2):381-92, 2000.

³ BRASIL. Lei nº. 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento.

BRASIL. Decreto nº. 76.872, de 22 de dezembro de 1975. Regulamenta a Lei n. 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento.

B- GESTÃO DA SAÚDE BUCAL: PARTICIPACÃO POPULAR

Indicador	Medida
Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal no relatório final da Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente

RATIONALE

- ✓ A Conferência Municipal Saúde facilita a resolução de problemas através da reflexão coletiva, institui diretrizes para formular políticas públicas em saúde condizentes com a realidade local, além de ter papel avaliativo das ações implementadas pelo gestor. A inclusão do tema saúde bucal nas Conferências Municipais de Saúde oportuniza momentos de discussão entre a população, gestores e profissionais. A participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde possui respaldo legal junto à Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198 o qual trata das diretrizes do sistema público de saúde⁴; à Lei 8.080, no Art. 7º onde constam os princípios do Sistema Único de Saúde⁵; e à Lei 8.142, Art. 1º onde dispõe as duas instâncias colegiadas representativas dos diversos segmentos da sociedade, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde⁶.

⁴ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

⁵ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁶ BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

C- GESTÃO DA SAÚDE BUCAL: RECURSOS HUMANOS

Indicador	Medida
Paralisação do serviço de saúde bucal	Percentual de Unidades Locais de Saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por motivo de falta de profissional, no ano de 2006

RATIONALE

- ✓ A falta do profissional por um ou mais dias consecutivos causa a paralisação do serviço de saúde bucal na Unidade Local de Saúde. O gestor deve organizar escalas de substituição para os casos de licenças legais ou faltas justificadas e atuar preventivamente para reduzir as taxas de ausência/ faltas do cirurgião-dentista, através de políticas de recursos humanos e assim não prejudicar o usuário do serviço de saúde bucal com eventuais paralisações do atendimento.

D- GESTÃO DA SAÚDE BUCAL: INFRA-ESTRUTURA

Indicador	Medida
Paralisação do serviço de saúde bucal	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde em que houve interrupção do atendimento por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamento, por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2006

RATIONALE

- ✓ O atendimento clínico odontológico demanda equipamentos e materiais específicos os quais contemplam a categoria de infra-estrutura do serviço de saúde bucal. O mau funcionamento dos equipamentos ou a ausência deles acarreta a suspensão imediata do atendimento clínico, prejudicando a qualidade do serviço odontológico prestado ao usuário.

E –PROVIMENTO DA SAÚDE BUCAL: Saúde da criança

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	
Indicador	Medida
Atividades coletivas em saúde bucal	Cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal, na faixa etária de 0-12 anos incompletos, no ano de 2006

TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO	
Indicador	Medida
Tratamento conservador	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 0-12 anos incompletos

RATIONALE

- ✓ Atividades coletivas em saúde bucal visando à promoção da saúde ou à prevenção de doenças integram a atenção em saúde bucal. Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde, nos domicílios, escolas, grupos de rua, creches, clube de mães, associações ou outros espaços sociais, e oferecidos de forma contínua⁷. Compreendem este grupo de procedimentos ações coletivas de escovação dental supervisionada, de bochecho fluorado e de aplicação tópica de flúor-gel⁸
- ✓ A porcentagem de tratamentos mutiladores (exodontia ou extração dentária) entre o total de procedimentos individuais realizados identifica a preocupação do sistema de saúde municipal em desenvolver ações que priorizem procedimentos odontológicos conservadores de recuperação e reabilitação. São considerados tratamentos conservadores aqueles procedimentos odontológicos executados para a manutenção dos elementos dentários, enquanto as extrações dentárias são consideradas procedimentos odontológicos mutiladores⁹.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

⁸ Lista de procedimentos SIA SUS – <www.datasus.gov.br>

⁹ COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria (orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. pág. 59.

F – PROVIMENTO DA SAÚDE BUCAL: Saúde do adolescente

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	
Indicador	Medida
Educação em saúde bucal	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes, no ano de 2006

TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO	
Indicador	Medida
Tratamento conservador	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 12-20 anos incompletos

RATIONALE

- ✓ A educação em saúde bucal como procedimento coletivo está proposta na Política Nacional de Saúde Bucal. Atividades deste tipo apontam uma preocupação do gestor em ocupar espaços para discussão de temas em saúde bucal em grupos de educação em saúde especificamente destinados para adolescentes. São consideradas atividades de educação em saúde bucal as ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como aquelas que possibilitam mudança de hábitos apoiada na conquista da autonomia do indivíduo. Poderão ser desenvolvidas atividades de educação em saúde bucal na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo entre outros meios.¹⁰
- ✓ A porcentagem de tratamentos mutiladores (exodontia ou extração dentária) entre o total de procedimentos individuais realizados identifica a preocupação do serviço de saúde bucal municipal em desenvolver ações de gestão que priorizem procedimentos odontológicos de recuperação e reabilitação conservadores. São considerados tratamentos conservadores aqueles procedimentos odontológicos executados para a manutenção dos elementos dentários, enquanto as extrações dentárias são consideradas procedimentos odontológicos mutiladores.¹¹

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

¹¹ COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria (orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. pág. 59.

G – PROVIMENTO DA SAÚDE BUCAL: Saúde do adulto

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	
Indicador	Medida
Diagnóstico de lesões de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano de 2006

TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO	
Indicador	Medida
Saúde do trabalhador	Percentual de Unidades Locais de Saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno, no ano de 2006

RATIONALE

- ✓ Agravos como as lesões de mucosa devem ser diagnosticados de forma precoce por apresentarem probabilidade de evolução para lesões malignas. A Unidade Local de Saúde deve disponibilizar campo específico de exame de mucosa na ficha clínica para o preenchimento adequado pelo cirurgião-dentista, transformando o exame da mucosa bucal em rotina do atendimento odontológico.
- ✓ A saúde do adulto engloba ações para a promoção e proteção da saúde do trabalhador. A Unidade de Saúde com funcionamento no terceiro turno de atendimento facilita o acesso do trabalhador aos serviços de saúde. Acesso é uma característica da oferta de serviços, pode ser definida em seu caráter geográfico, disponibilidade de horários, facilidade na marcação de consultas, quantidade de Unidades de Saúde.¹².

¹² TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20(Sup 2):S190-S198, 2004.

H – PROVIMENTO DA SAÚDE BUCAL: Saúde do idoso

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	
Indicador	Medida
Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	Porcentagem de Unidades Locais de Saúde que realizaram visita domiciliar com ações de saúde bucal para idosos com limitação incapacitante, no ano de 2006

TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO	
Indicador	Medida
Atendimento protético	Porcentagem de procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária realizados no ano de 2006, na faixa etária acima de 60 anos

RATIONALE

- ✓ A limitação incapacitante de pacientes idosos não deve ser um fator de impedimento para o provimento da atenção em saúde bucal. O Estatuto do Idoso assegura a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde, sendo que, nas ações de prevenção e manutenção da saúde do idoso está compreendido o atendimento domiciliar para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive aqueles idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos.¹³
- ✓ A inclusão de procedimentos de reabilitação protética está previsto como ação para ampliação e qualificação da atenção básica na Política Nacional de Saúde Bucal. O atendimento protético está inserido na atenção odontológica como uma ação de reabilitação, ou seja, a recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e a reintegração do indivíduo ao seu ambiente social.¹⁴ A Portaria MS/SAS nº. 566/04 altera a descrição do procedimento da tabela do SIA/SUS de código 03.051.01-3, referente aos procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária, atribuídos à complexidade da atenção básica e à faixa etária de 52 a 74 anos.¹⁵

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. pág. 14

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. pág. 1 e 2.

¹⁵ BRASIL. Portaria nº. 566, de 6 de outubro de 2004. Exclui da tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos descritos.

APÊNDICE B - Formulários para coleta de dados do sistema municipal de saúde

Formulário para preenchimento pela Coordenação de Saúde Bucal

Município: _____

Nome e cargo do responsável pelas respostas: _____

Responda as seguintes questões baseado nos dados do ano de 2006	
- número de Unidades de Saúde no município	(____)
- número de Equipes de Saúde da Família no município	(____)
- número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico	(____)
- número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico no terceiro turno	(____)
- número de escolas com ensino fundamental, públicas e privadas no município	(____)
1- Quantas Unidades de Saúde realizaram reuniões de planejamento pelo menos 1 (uma) vez ao mês, no ano de 2006?	(____)
2- Quantas escolas de ensino fundamental, públicas e privadas, encaminharam alunos para atendimento odontológico na rede básica municipal, no ano de 2006?	(____)
3- Quantas Unidades de Saúde aguardaram a assistência técnica odontológica por mais de dois dias consecutivos para manutenção e/ ou conserto de equipamento , no ano de 2006?	(____)
4 - Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico devido à falta de profissional (por férias, licença-saúde, absenteísmo) por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2006?	(____)
5 - Quantas Unidades de Saúde possuíam grupos de educação em saúde com atividades de saúde bucal para adolescentes de 13-19 anos de idade, no ano de 2006?	(____)
6 - Quantas Unidades de Saúde realizaram visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados), para desenvolver atividades educativo-preventiva e/ou atendimento clínico, no ano de 2006?	(____)
7 - A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, no ano 2006?	Sim () Não ()
8 – De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2006, marque as opções abaixo:	
A- Na atenção básica do município pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família	Sim () Não ()
B- Na atenção secundária (especializada) do município , pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS	Sim () Não ()
C- Na atenção secundária (especializada) fora do município , pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS.	Sim () Não ()

Formulário para preenchimento pelo Conselho Municipal de Saúde ou técnico da Secretaria Municipal de Saúde
conhecedor das informações

Município: _____

Nome e cargo do responsável pelas respostas: _____

1 - Quais dos itens abaixo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) tinha em funcionamento, no ano de 2006:	
A - Câmara Técnica de Recursos Humanos, destinada a análise e parecer das matérias para aprovação do CMS	Sim () Não ()
B - Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos - CIRH destinada a acompanhar as deliberações do CMS	Sim () Não ()
C - Outro tipo de comissão com estas finalidades. Qual? _____	
2 - Qual o número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2006?	(_____)
3 - Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, em 2006, onde se discutiu:	
A - Plano de Carreira, Cargos e Salários	(_____)
B - Transferências de trabalhadores da saúde	(_____)
C - Contratação de trabalhadores	(_____)
D - Educação Permanente	(_____)
4 - Existe pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal no relatório final da última Conferência Municipal de Saúde?	Sim () Não ()

APÊNDICE C – Formulário para confirmação dos dados coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)

Sr(a). Gestor(a) da Saúde,

Abaixo estão discriminados os dados secundários coletados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) segundo faixa etária, **no ano de 2006**, referentes ao seu município, os quais serão utilizados na pesquisa de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. Por favor, verifique a consistência dos dados e informe qualquer impropriedade pelo e-mail xxx ou pelo telefone xxx.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS SIA-SUS ANO: 2006	Município
0301102-AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISION	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0
0301103-AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0
0301104-AÇÃO COLETIVA APLICAÇÃO TOPICA FLUOR	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0
0301105-AÇÃO COLETIVA EXM BUCAL FINALID EPIDEMIOLOGIC	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0
0304102-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0
0305101-MOLDAGEM/ ADAPTACAO/ ACOMPANHAM. PROTESE DENT	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0
TOTAL DE PROC INDIVIDUAIS (EXCETO COD 0301102, 0301103, 0301104, 0301105, 0302101, 0304101, 0304103)	
faixa etária 0-12 anos	0
faixa etária 12-21 anos	0
faixa etária 21-60 anos	0
faixa etária 60 anos e mais	0

APÊNDICE D – Tabela de siglas e nomes das variáveis do banco de dados para avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal

Sigla	Nome da Variável
A-1	Número de pessoas atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano, no ano de 2006
A-2	Número total de pessoas residentes no município, no ano de 2006
B	Existência de, pelo menos, uma deliberação referente à saúde bucal no relatório final da Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente
C-1	Número de ULS em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos por motivo de falta de profissional, no ano de 2006
C-2	Número total de ULS no município com consultório odontológico, em 2006
D-1	Número de ULS em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamento, no ano de 2006
EP-1	Número de procedimentos coletivos em saúde bucal realizados no ano de 2006, na faixa etária de 0-12 anos incompletos
EP-2	População residente no município na faixa etária de 0 a 12 anos incompletos, no ano de 2006
ET-1	Número de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 0-12 anos incompletos
ET-2	Número total de procedimentos individuais realizados no ano de 2006, na faixa etária de 0-12 anos incompletos
FP-1	Número de ULS com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes na faixa etária de 12-20 anos incompletos, no ano de 2006
FP-2	Número total de ULS no município, em 2006
FT-1	Número de exodontias de dentes permanentes realizadas no ano de 2006, na faixa etária de 12-20 anos incompletos
FT-2	Número de procedimentos individuais realizados no ano de 2006, na faixa etária de 12-20 anos incompletos
GP	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano de 2006
GT	Número de ULS com serviço de saúde bucal no 3º turno, no ano de 2006
HP	Número de ULS que realizaram visita domiciliar com ações de saúde bucal para idosos com limitação incapacitante, no ano de 2006
HT-1	Número de procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária realizados no ano de 2006, na faixa etária acima de 60 anos
HT-2	Número de procedimentos odontológicos individuais realizados no ano de 2006, na faixa etária acima de 60 anos
A-In	Indicador de Intersetorialidade, dimensão da Gestão de Saúde Bucal
B-In	Indicador de Participação Popular, dimensão da Gestão de Saúde Bucal
C-In	Indicador de Recursos Humanos, dimensão da Gestão de Saúde Bucal
D-In	Indicador de Infra-estrutura, dimensão da Gestão de Saúde Bucal
EP-In	Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico de Saúde da Criança, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
ET-In	Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação de Saúde da Criança, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
FP-In	Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico de Saúde do Adolescente, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
FT-In	Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação de Saúde do Adolescente, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
GP-In	Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico de Saúde do Adulto, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
GT-In	Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação de Saúde do Adulto, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
HP-In	Indicador de Promoção, Prevenção e Diagnóstico de Saúdedo Idoso, dimensão de Provimento da Saúde Bucal
HT-In	Indicador de Tratamento, Recuperação e Reabilitação de Saúde do Idoso, dimensão de Provimento da Saúde Bucal

APÊNDICE E – Banco de dados para avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal

n	A-1	A-2	B	C-1	C-2	D	EP-1	EP-2	ET-1	ET-2	FP-1	FP-2	FT-1	FT-2	GP	GT	HP	HT-1	HT-2	A-In	B-In	C-In	D-In	EP-In	ET-In	FP-In	FT-In	GP-In	GT-In	HP-In	HT-In
1	751	2.668	1	0	4	3	0	591	87	1.049	0	6	87	1049	2	0	0	0	1.291	28,1	1	0	75	0	8,3	0	8,3	0	0	0	0
2	873	2.841	1	1	2	2	5801	694	328	5.665	0	2	328	5539	2	0	1	0	6.134	30,7	1	50	100	8,4	5,8	0	5,9	0	0	50	0
3	0	2.992	2	0	1	0	0	661	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0,0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	100	0
4	725	3.101	1	2	2	0	0	613	30	3.738	0	2	30	3738	1	0	2	0	3.847	23,4	1	100	0	0	0,8	0	0,8	1	0	100	0
5	467	3.348	2	1	1	0	21	861	133	6.195	1	1	133	6257	1	0	1	0	5.307	14,0	0	100	0	0	2,1	1	2,1	1	0	100	0
6	0	3.868	2	1	2	2	0	776	63	5.052	0	2	63	5052	1	2	2	0	5.209	0	0	50	100	0	1,2	0	1,2	1	100	100	0
7	1719	5.138	2	0	2	0	2378	1268	160	3.631	0	2	160	3642	1	0	0	0	3.971	33,5	0	0	0	1,9	4,4	0	4,4	1	0	0	0
8	752	5.410	1	4	4	2	0	1248	241	5.386	4	4	241	5386	1	0	4	0	5.762	13,9	1	100	50	0	4,5	1	4,5	1	0	100	0
9	836	6.215	1	1	3	1	10060	1587	358	4.933	1	3	358	4590	1	1	2	0	5.632	13,4	1	33,3	33,3	6,3	7,3	0,3	7,8	1	33,3	66,7	0
10	2025	7.042	2	0	1	0	0	1618	266	5.572	0	1	266	5572	2	0	1	0	6.092	28,8	0	0	0	0	4,8	0	4,8	0	0	100	0
11	2390	8.163	2	0	2	1	0	2233	268	6.728	0	2	268	6728	2	0	1	0	7.306	29,3	0	0	50	0	4,0	0	4,0	0	0	50	0
12	4901	9.622	1	1	4	2	0	2436	534	4.488	0	4	610	5022	2	1	4	0	14.518	50,9	1	25	50	0	11,9	0	12,1	0	25	100	0
13	0	13.050	2	7	7	7	9107	3084	782	11.990	0	9	782	11819	1	0	9	0	12.760	0	0	100	100	3,0	6,5	0	6,6	1	0	100	0
14	12274	15.562	1	0	3	3	0	3772	444	5.228	0	14	444	5228	2	0	1	0	5.461	78,9	1	0	100	0	8,5	0	8,5	0	0	7,1	0
15	16410	16.410	1	0	4	0	0	3808	555	4.283	0	4	555	4283	2	0	4	0	4.851	100	1	0	0	0	13,0	0	13,0	0	0	100	0
16	15314	18.245	2	2	2	2	0	4532	470	8.158	0	3	470	8158	2	0	3	0	8.374	83,9	0	100	100	0	5,8	0	5,8	0	0	100	0
17	0	26.345	2	4	8	0	15393	6493	1.843	12.875	8	10	1843	13003	1	1	8	0	14.405	0	0	50	0	2,4	14,3	0,8	14,2	1	12,5	80	0
18	47570	58.433	1	5	10	2	0	15470	842	23.934	0	14	842	23930	2	0	2	0	20.949	81,4	1	50	20	0	3,5	0	3,5	0	0	14,3	0
19	117064	128.102	1	16	16	0	27	34616	2.467	53.774	0	16	2467	53747	2	1	8	0	56.496	91,4	1	100	0	0	4,6	0	4,6	0	6,3	50	0
20	195091	201.104	1	18	18	0	0	45876	1375	51.942	0	19	1375	51942	1	0	0	0	26.760	97,0	1	100	0	0	2,6	0	2,6	1	0	0	0
21	326628	406.566	1	40	48	30	0	82862	8.110	91.847	2	48	8110	91847	1	5	3	0	97.624	80,3	1	83,3	63	0	8,8	0	8,8	1	10,4	6,3	0