

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DISSERTAÇÃO

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO
CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA: PRECISÃO DO
INSTRUMENTO DE PESQUISA**

DIEGO ANSEMI PIRES

**FLORIANÓPOLIS – SC
2012**

DIEGO ANSEMI PIRES

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO
CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA: PRECISÃO DO
INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientação: Prof^ª Dra. Maria Cristina Marino Calvo

Co-orientação: Prof^ª Dra. Claudia Flemming Colussi

FLORIANÓPOLIS – SC
2012

DEDICATÓRIA

Gratidão... palavra simples, mas fecunda...e sincera...
Aqueles que cruzaram meu caminho...
Aqueles que o fizeram ao meu lado...
Aqueles que caminharam em sentidos opostos...
Aqueles que incentivaram meus esforços...
Aqueles que me cobraram e me criticaram...
Aqueles que o fizeram sabendo ser essencial nessa caminhada...
Aqueles que me provocaram...
Aqueles que me defenderam...
Aqueles que, por bem ou por mal, me derrubaram...
Aqueles que, não quando eu quis, mas quando precisei, me estenderam
as mãos...
Aqueles que me ajudaram a tornar este sonho possível...
Aqueles que, pelo simples fato de existir, tornaram a minha vida plena...

Aos meus mestres, às minhas orientadoras, aos meus chefes, aos meus
colegas, aos meus amigos... a todos que comigo compartilharam esse
caminho...
A minha fabulosa FAMÍLIA...amo vocês...
Que Deus abençoe e ilumine os passos de cada um de vocês e de todos
nós...

*“Transformar-se dá trabalho...falta-nos vontade, só inteligência não basta. Se
você sabe que precisa mudar, mas não está conseguindo, lembre-se que
ninguém chega a um resultado diferente fazendo as coisas do mesmo jeito.”*
(Beto Colombo)

RESUMO

Este estudo de validação visa conferir a precisão de um modelo de avaliação. Em uma avaliação, existe a necessidade de validar os instrumentos de coleta de dados utilizados quanto a sua reprodutibilidade e precisão. Neste estudo, foi utilizada a Avaliação da Gestão da Saúde Bucal na Atenção Básica em Santa Catarina como referência, cujo modelo utiliza dados primários, coletados via formulário eletrônico, e dados secundários, disponíveis nos sistemas de informação do SUS, para cálculo dos indicadores. Para a realização deste estudo, o formulário foi aplicado nos municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina em dois momentos distintos para verificar sua reprodutibilidade, seguidos de discussão das respostas com o pesquisador. Os resultados observados foram consolidados e debatidos em oficina de consenso com especialistas na área, detectando imprecisões relativas ao conceito, à fonte utilizada e ao perfil dos próprios respondentes. A taxa de concordância bruta observada para as duas coletas foi de 87%, e as imprecisões somaram 36% das respostas. Sugestões de fontes preferenciais, modificações de enunciado e orientações para o correto preenchimento do formulário foram algumas mudanças propostas, aperfeiçoando a matriz original e seu instrumento de coleta de dados.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Saúde bucal; Estudo de validação; Precisão

ABSTRACT

This validation study intends to check an evaluation model's accuracy. In an evaluation, it's necessary to validate the data collection instrument's precision and reliability. In this study, the Management Assessment of Oral Health in Primary Care in Santa Catarina was used as reference, which analysis primary data, collected through an electronic form, and secondary data, available at SUS's information systems, to calculate the indicators. In this study, the form's application was in the cities of Santa Catarina's Coal Region in two different moments to check its reliability, followed by an argument with the respondents of this research. The considered results were analysed and debated in a consensus workshop with evaluation experts, detecting inaccuracies due to the concept, the data source used by the respondents and the respondents profiles. The unprocessed agreement in the two data collections were 87%, and the inaccuracies added 36% of the answers. Preferential sources suggestions, questions modifications and orientations for the correct answering of the form were some of the proposed changes, improving the original matrix and its data collection instrument.

Keywords: Health assessment; Oral health; Validation study; Accuracy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica de Santa Catarina.....	58
Figura 2: Percurso metodológico da pesquisa.....	63
Figura 3: Mapa da Região Carbonífera de Santa Catarina	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Relação de indicadores referentes à Saúde Bucal incluídos na Avaliação da Melhoria da Qualidade da ESF.....	43
Quadro 2: Dimensões, subdimensões e indicadores para avaliação da gestão municipal de saúde bucal na atenção básica.	59
Tabela 1: Distribuição populacional da Região Carbonífera de Santa Catarina, segundo dados do Censo 2010 do IBGE.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACD – Auxiliar de consultório dentário
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
CASAN – Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
CD – Cirurgião-dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDCA – Plan, Do, Check, Act
PIAS – Programa de Inversão da Atenção à Saúde
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PSBF – Programa Saúde Bucal da Família
PSF – Programa Saúde da Família
RG – Registro Geral
SAMAE – Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto
SB – Saúde Bucal
SC – Santa Catarina
SCIELO – Scientific Eletronic Library Online
SES-SC – Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD – Técnico em Higiene Dental
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
2.1 SAÚDE BUCAL	27
2.1.1 Conceito e aspectos históricos	27
2.1.2 Saúde Bucal na Atenção Básica	28
2.1.3 Política Nacional de Saúde Bucal	33
2.2 AVALIAÇÃO	35
2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	36
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	39
2.5 META-AVALIAÇÃO	45
2.5.1 Normas de Avaliação	48
2.5.2 Validação de Instrumentos	49
3. OBJETIVOS	55
3.1 OBJETIVO GERAL	55
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
4. METODOLOGIA	57
4.1 REVISÃO DE LITERATURA	57
4.2 MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA (NEPAS UFSC)	57
4.3 TIPO DE PESQUISA	60
4.4 DELINEAMENTO DA PESQUISA	60
4.5 CONTEXTO	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	65
5. RESULTADOS	67
6. CONSIDERAÇÕES	87
7. REFERÊNCIAS	91
8. APÊNDICES	99
APÊNDICE 1 – CARTA AOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS ..	99

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	101
APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL ATUALIZADO	105
APÊNDICE 4 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL ATUALIZADO (SEGUNDA COLETA).....	113
APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE CAMPO PARA AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	121
APÊNDICE 6 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA SES-SC	129
APÊNDICE 7 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA UFSC	131
APÊNDICE 8 – CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS PARA OFICINA DE CONSENSO.....	133
9. ANEXOS.....	151
ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	151

1. INTRODUÇÃO

A influência determinante de um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da saúde, reconhecendo-a como direito de todos e dever do Estado, orientou a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que culminou com a construção de um novo modelo de atenção à saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1986).

Desde então, a saúde bucal vem ganhando espaço, inicialmente de forma tímida, mas com maior ênfase na primeira década deste novo milênio. Em 1986, o movimento nascente de Saúde Bucal Coletiva já defendia as diretrizes do Movimento de Reforma Sanitária e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional. Concretizou-se, segundo Moysés (2008), na realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª CNSB), em Brasília, em outubro do mesmo ano, e com a realização de pré-conferências na maioria dos estados. Discutiu a saúde como direito de todos e dever do estado, corroborado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, afirmando a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às suas condições de vida, esboçando um diagnóstico da situação de saúde bucal brasileira e indicando rumos para a inserção da Odontologia no SUS.

Frente a modelos tradicionalmente assistencialistas, a saúde bucal como política pública deve buscar alternativas para superar os problemas decorrentes da falta de acesso da população a esses serviços, que ocasionou um acúmulo histórico de necessidades. Após algum tempo da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, é possível investigar se tais necessidades têm sido contempladas nas práticas de atenção à saúde bucal, promovendo resultados satisfatórios na melhoria das condições de saúde bucal da população.

Como instrumento efetivo para a produção deste conhecimento, a avaliação constitui parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p.706), permitindo a reordenação das ações e serviços de acordo com as demandas locais, otimizando os recursos disponíveis. Ainda, segundo Calvo (2006, p.111), possibilita a aprendizagem sobre o trabalho nas instituições, o aumento da participação dos envolvidos na resolução dos entraves identificados, a compreensão de tempo e recursos investidos na melhoria dos serviços e ações, com metodologias e ferramentas acessíveis a instituições de vários tipos e tamanhos.

Assim, a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, de forma contínua e sistematizada, caracterizado por negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham responsabilidades e relações de poder (CALVO, 2006, p.111). A utilização de padrões internacionais para a apreciação da qualidade dos estudos avaliativos – meta-avaliação (HARTZ, et al., 2008, p.21), é um processo que busca aprimorar seu desenvolvimento ou conferir credibilidade aos resultados finais de avaliações. Uma das categorias a ser considerada em uma meta-avaliação é a precisão, indicando se a avaliação revela informações tecnicamente adequadas sobre as características da valia ou mérito do objeto em avaliação (WORTHEN, et al., 2004, p.599; HARTZ, et al., 2008, p.67).

A avaliação em saúde bucal ainda é um campo pouco explorado, muito direcionado à prática clínica, mas que requer aprofundamento em aspectos relacionados à gestão. Em Santa Catarina, com a institucionalização da avaliação da atenção básica a partir da construção e aplicação do Modelo de Avaliação da Atenção Básica, desenvolvido numa parceria da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC) com o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, também foi desenvolvido um modelo para avaliação da gestão em saúde bucal, ampliando-se o escopo de atuação da avaliação no estado. O Modelo de Avaliação da Gestão da Saúde Bucal na Atenção Básica teve início em 2007, e a cada nova coleta de dados sua matriz de indicadores tem sido revisada (NEPAS, 2011)

Para possibilitar o acesso aos dados de todos os municípios catarinenses, optou-se pelo formulário eletrônico como forma de obtenção dos dados não disponíveis nos sistemas de informação do SUS. Ocorre que, para alguns dados coletados, não há validação das respostas oferecidas nessa modalidade de coleta. Da mesma forma, alguns indicadores podem não retratar com precisão o que se quer avaliar. Então, a pergunta avaliativa proposta é: “Os indicadores e o instrumento de pesquisa retratam com precisão as informações que o modelo proposto se dispõe a avaliar”?

Importante destacar que esta pesquisa objetiva a produção de informação para aprimoramento do objeto, característica da avaliação para Gestão e a validação do instrumento e de seus indicadores subsidiará a consolidação do modelo proposto para a avaliação da saúde bucal no Estado de Santa Catarina.

Essa pesquisa está estruturada em nove capítulos, sendo o primeiro esta introdução, que busca indicar o objeto de interesse; o segundo é a revisão de literatura pertinente ao tema; o terceiro apresenta os objetivos geral e específicos desta pesquisa; e o quarto capítulo delinea a metodologia utilizada para a pesquisa. Os demais capítulos conterão os resultados, apresentados no formato de artigo científico, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação, seguindo-se as considerações, referências, apêndices e anexos.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SAÚDE BUCAL

2.1.1 Conceito e aspectos históricos

De maneira geral, a saúde bucal vem sendo historicamente construída de acordo com os princípios e ideais da assistência à saúde, e, durante muito tempo, acreditou-se que a Odontologia restringia-se às estruturas bucais, preferencialmente visíveis, como os dentes, por exemplo. Mesmo assim, com a evolução das técnicas e do conhecimento científico, essa abordagem foi sendo substituída, gradativamente, por outras com maior amplitude. Atualmente, essa percepção ultrapassa os limites do corpo humano, entendendo a saúde bucal como essencial para a promoção de saúde e determinada também pelos condicionantes externos ao indivíduo, como questões culturais, econômicas, ambientais e sociais, associadas à criatividade e atitudes socialmente comprometidas de algumas lideranças e administrações públicas (BRASIL, 2001).

Desde a Odontologia Sanitária e o Sistema Incremental, na década de 50, desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) de enfoque curativo-reparador, focado em escolares, com algumas atividades preventivas, com a introdução do trabalho a quatro mãos com pessoal auxiliar e com uma lógica organizativa incipiente, é possível esboçar um panorama da evolução da Saúde Bucal como política pública (BRASIL, 2006a, p.19).

Na década de 70, a mudança dos espaços de trabalho, a ênfase coletiva e educacional da prevenção e promoção da saúde bucal e a desmonopolização do saber com incorporação do pessoal auxiliar caracterizavam a Odontologia Simplificada e Integral. Antecessor da Saúde Bucal no SUS, o Programa de Inversão da Atenção (PIA) tinha como característica fundamental intervir antes, controlar depois, isto é, estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio das doenças bucais. Buscou adaptar-se ao SUS, mas sem um de seus pilares, a participação popular (BRASIL, 2006a).

No modelo de assistência odontológica hegemônico preponderava a prática privada, acessível à pequena parcela da população, sendo que a previdência social oferecia cobertura somente a trabalhadores privados urbanos segurados, contratando serviços privados de assistência odontológica.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS pelas leis federais 8.080 e 8.142 de 1990, o sistema de saúde brasileiro passou a promover a saúde em seu conceito ampliado, inserindo a saúde bucal como uma de suas ações. A atenção em saúde bucal pode ser considerada como um conjunto de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal, incluindo a assistência. Estas ações transcendem o âmbito da odontologia e do próprio setor saúde, abrangendo questões multissetoriais desenvolvidas no conjunto da sociedade, como saneamento, educação, e emprego (NARVAI, 1992, p.04).

Desde a década de 90, a saúde bucal vem recebendo uma atenção diferenciada, mas não de forma homogênea da representação política da sociedade brasileira. Com o início do processo de construção do SUS, a saúde bucal passou a negociar maior reconhecimento no setor saúde, mas ainda de forma incipiente. Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, uma estratégia de reestruturação da atenção primária em saúde e reorganização do modelo de atenção à saúde, novas perspectivas incentivaram as reflexões sobre as práticas de saúde bucal no SUS. Estas possibilitaram uma maior inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família a partir da publicação da Portaria 1.444 de 28 de Dezembro de 2000, que estabelecia incentivos financeiros para a reorganização da saúde bucal nos municípios por meio deste programa (BRASIL, 2000).

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, antes da implantação do SUS, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, geralmente, curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações prioritariamente para a faixa etária escolar. Os adultos e idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores, caracterizando a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de prevenção e promoção, além de atividades curativas mais complexas. Até então não havia uma política nacional para o setor, como afirma Castro (2007, p.20).

2.1.2 Saúde Bucal na Atenção Básica

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, resultado de conferência internacional de saúde realizada nesta cidade, em 1978, a Atenção Primária em Saúde é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias relevantes às necessidades

da população, socialmente aceitáveis e de alta relação custo-benefício. Enfatiza a responsabilidade governamental sobre a saúde de seus povos, a integração de diferentes setores sociais e econômicos, além do setor saúde, contextualizando as ações e adequando-as em relação à realidade local (GIOVANELLA, 2008, p.550).

Para Narvai (1992), compreender a Saúde Bucal e sua inserção na Atenção Básica demanda relacioná-la em seus aspectos sociais, históricos, políticos e epidemiológicos, sendo fundamental para fazer conscientemente a transformação da realidade. Desta forma, essa compreensão de seu processo histórico e de seu estado atual oferece consistência ao processo avaliativo.

A Atenção Primária em Saúde vem sendo denominada pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica (AB), definida como um “conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2008a, p.11).

Com a regulamentação do SUS, a atenção básica tornou-se a responsável pela entrada dos usuários no sistema de saúde. Com a compreensão de seus princípios ordenadores, é possível apropriar-se adequadamente de seu conceito. O primeiro contato (garantia de acessibilidade para o usuário), a longitudinalidade (estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade e a continuidade do cuidado ofertado), a abrangência ou integralidade (resolutividade) e a coordenação (organização do fluxo para garantir a integralidade) são os princípios ordenadores da atenção básica em um sistema de saúde.

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2008a, p.12).

Ao partir dessa orientação, ressaltam-se três aspectos importantes, a centralização na família, a valorização das culturas locais e o conhecimento do contexto em que se situam as ações e serviços. Para garantir estes preceitos, o Programa Saúde da Família foi adotado a partir de 1994, calcado em experiências internacionais e que acabou se tornando a principal estratégia de reorganização da atenção básica no país, não se restringindo apenas às questões assistenciais, mas de

reconstrução dos modelos de atenção (LESSA, 2008, p.16). É um modelo substitutivo da rede básica tradicional, não sendo exclusividade dos menos favorecidos. Sua origem remonta ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de 1991 e, embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p.08).

A partir de 2006, a Portaria 648/06 (BRASIL, 2006b, p.09) estabeleceu esta estratégia como prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, entendendo que programas apresentam início, desenvolvimento e finalização, enquanto esta estratégia não prevê tempo para sua finalização, reafirmando os princípios constitucionais do SUS. Desde então, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em suma, a operacionalização da ESF baseia-se na responsabilização sanitária de uma dada comunidade por uma equipe multiprofissional, executando atividades promocionais e preventivas em saúde, assim como ações assistenciais, em consonância com o perfil epidemiológico da população adscrita sob sua responsabilidade.

“A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam.

II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população.

III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.
V - Ser um espaço de construção de cidadania” (BRASIL, 2008a, p.13).

No Brasil, diversos municípios já aderiram à ESF e, em muitos casos, este se apresenta como a única forma de prestação pública de saúde, o que gera grande expectativa de mudança e melhoria. Porém, sabe-se que a simples implantação de um programa não promove, necessariamente, impacto satisfatório na saúde das pessoas. É preciso que ocorra a incorporação de novos conceitos, a adequação de práticas, associadas a uma gestão compromissada e outros fatores técnicos que possam influenciar na execução das atividades (CASTRO, 2007, p.52).

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), anunciou oficialmente a inserção de “profissionais de saúde bucal” na Estratégia Saúde da Família. A inserção da odontologia poderia ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II, de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD). Atualmente, estes termos foram substituídos por uma nova nomenclatura: THD passa a ser denominado Técnico em Saúde Bucal (TSB) e ACD passa a ser denominado Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), conforme a Resolução nº 85/2009 do Conselho Federal de Odontologia (BRASIL, 2009b).

De acordo com Pucca Jr, a Portaria 673/2003 (BRASIL, 2003), que integrou a saúde bucal à ESF, equiparando o número de equipes de saúde bucal e de equipes da ESF, modificou profundamente o papel da saúde bucal, pois até então,

“um município só podia montar uma equipe de saúde bucal para cada duas de saúde da família. O número que ultrapassasse essa proporção não receberia recursos do Ministério da Saúde. Na prática, a Portaria permitiu a equiparação numérica dos dois tipos de equipe. Isso é mais um exemplo de como a saúde bucal era mantida em segundo plano até o início do atual governo” (PUCCA JR, 2006, p.244).

A partir do momento em que a saúde bucal é integrada à Estratégia Saúde da Família, a inserção dos profissionais nas atividades

desenvolvidas pela ESF é fundamental para conhecer a realidade local, estabelecer vínculo com a comunidade sob sua responsabilidade e compreender os determinantes da situação de saúde da população. Paralelamente a isso, algumas atividades específicas de saúde bucal são identificadas e compartilhadas com a equipe da ESF, conforme o Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica:

- “a) conhecer a realidade das famílias do território sob sua responsabilidade a partir de informações de natureza sócio-econômica e cultural;
- b) identificar os problemas de saúde bucal prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- c) elaborar, em conjunto com os demais membros da ESF e a população, plano de ação para o enfrentamento dos principais problemas identificados e definir a estratégia de prioridades para o atendimento odontológico;
- d) prestar atenção integral e contínua à demanda organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade e no domicílio;
- e) realizar ações educativas sobre saúde bucal, tanto individual como coletivamente, inserindo-as nos grupos já existentes ou criando outros para este fim;
- f) desenvolver ações intersetoriais quando se fizer necessário;
- g) avaliar as suas ações conforme instrumentos desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde;
- h) avaliar o impacto das ações desenvolvidas;
- i) registrar os dados no SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica” (BRASIL, 2001, pg.07).

Vasconcelos (1999, p.18) faz uma crítica a não efetiva mudança de modelo assistencial, mas apenas uma modificação institucional, sem a devida aproximação com as famílias sob-responsabilidade da equipe. Andrade e Ferreira (2006, p.124) apontam que a inserção da Odontologia parece ter sido de direito, mas não de fato, uma vez que, em 2002, mudanças na prática assistencial ainda eram incipientes. E apenas a equiparação do número de equipes de saúde bucal e de ESF, ou mesmo o aumento da cobertura populacional destas equipes, não garante

esta mudança na prática cotidiana, tampouco impacto positivo na situação de saúde bucal da população.

Segundo Castro (2007, p.10), até o ano 2000, os serviços de saúde bucal apresentavam-se como problemáticos pela grande demanda acumulada pelos modelos excludentes praticados até então. A saúde bucal incluída na Estratégia Saúde da Família veio questionar estes modelos e propor a universalidade e a integralidade como forma de superar a exclusão social. Ainda, o autor relembra que a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família foi impulsionada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados. A incorporação da saúde bucal na ESF ocorreu como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo.

Sob a ótica de análise do processo de trabalho, é possível destacar as atividades preventivas intradomiciliares, definição de critérios de risco e organização do fluxo do atendimento clínico, garantindo o acesso para além dos doentes, como contribuições importantes da inclusão da saúde bucal na ESF.

Como crítica ao processo, o fato da Odontologia não estar associada à estratégia desde seu início possivelmente ocasionou prejuízos no processo de integração com os outros profissionais. Entretanto, somente a associação dos profissionais de Odontologia às equipes da ESF não seria garantia para a evolução desta integração. Cabe registrar ainda a determinação de formas variadas de implantação das equipes de saúde bucal como resultado deste processo desvinculado de inserção. Além disso, a ESF tem ficado restrita à atenção básica, não garantindo a integralidade que pressupõe o acesso a todos os níveis de atenção de forma homogênea nas equipes, segundo Castro (2007, p.11).

2.1.3 Política Nacional de Saúde Bucal

Paralelo à análise da situação da Saúde Bucal na Atenção Básica, cabe resgatar o processo político e social de manifestação dos interesses dos diferentes atores sociais e de construção de uma política nacional de saúde bucal que contemplasse esses anseios. Se analisadas as temáticas das três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, é possível compreender a necessidade de uma política específica para a saúde bucal, de âmbito nacional.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ocorreu concomitante à 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o que contribuiu para enriquecer o momento histórico da saúde bucal brasileira. Foram abordados quatro temas principais: a saúde como direito de todos e dever do Estado, o diagnóstico da saúde bucal no Brasil, a inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e o financiamento do setor de saúde bucal (BRASIL, 2006a).

Em 1993, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que teve como base para as discussões a indignação dos participantes com o projeto neoliberal no Brasil, responsável pelo enfraquecimento do Estado, da seguridade social e pela piora das condições de vida. Foi cobrada a responsabilização do governo e seu compromisso social. Essa cobrança resultaria em uma inserção maior da saúde bucal no SUS, com forte participação popular e o rompimento com modelos verticais, na maioria das vezes, incompatíveis com as realidades locais (MOYSÉS, 2008, p.726).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal aconteceu em 2004, como uma resposta a mudanças contextuais – políticas, econômicas, sociais e culturais, e como resultado de processos ascendentes de discussão, de articulações intersetoriais nas esferas do governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares (BRASIL, 2005).

Com a participação paritária de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestores, conforme preconizam os princípios constitucionais do SUS e a Lei Federal 8.142/90, definiu-se que a atenção em saúde bucal deveria estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do governo em questão. O tema central desta conferência foi “Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social”, sendo realizadas discussões sobre educação e construção da cidadania, controle social e gestão participativa, formação e trabalho em saúde bucal e financiamento e organização em saúde bucal.

Castro (2007, p.24) reforça o destaque para o contexto político em que ocorreu a 3ª CNSB, registrando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, representadas pelo projeto Brasil Sorridente, Política Nacional de Educação Permanente e Gestão do Trabalho, que trabalham na perspectiva do reordenamento da formação em saúde a partir do eixo norteador das práticas do SUS (equidade, integralidade, participação popular, intersetorialidade, hierarquização, regionalização e conceito ampliado de saúde) e Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde.

Sendo assim, a Política Brasil Sorridente é a expressão deste momento, significando um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal. Tal Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

O Programa Brasil Sorridente compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Então, tornam-se prioridades para saúde bucal no Brasil: ampliar a participação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e ampliação da fluoretação da água de abastecimento público (BRASIL, 2006a). Estabelece o trabalho em “linhas do cuidado” da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, a inserção do usuário como parte do acesso que lhe é garantido, afirmações coerentes com as proposições democráticas da 3ª CNSB.

2.2 AVALIAÇÃO

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria atividade do homem, inerente ao próprio processo de aprendizagem, e assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, contemplando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise, segundo Hartz (1997). A autora ainda aponta a II Guerra Mundial como referência para avaliação dos programas públicos, corolário do papel do Estado (educação, saúde, emprego, assistência social). A avaliação surge como solução para conhecer o funcionamento e a eficácia dos sistemas, segundo Calvo (2006), como uma necessidade do Estado em buscar meios para que a destinação de recursos fosse a mais eficiente possível.

Em 1990, Guba e Lincoln trataram avaliação como o desenvolvimento de conceitos e acumulação de conhecimento, classificando-a em quatro gerações, considerando a mensuração de resultados escolares, a descrição de como atingi-los, o julgamento das intervenções e o processo de negociação e interação entre os envolvidos (CALVO, 2006, p.103).

Ao analisar algumas concepções teóricas sobre avaliação, Calvo (2006) propôs a compreensão da evolução conceitual de avaliação em etapas. Em um primeiro momento, a avaliação considerava apenas a redução de custos. A seguir, considerou a máxima utilização dos recursos e, em etapa posterior, a preocupação com a qualidade no processo. Por fim, destacou a preocupação com o desempenho institucional. A avaliação baseada no desempenho acabou sendo incorporada pelas instituições públicas, traduzida como aumento de produtividade, mais qualidade nos serviços e eficácia organizacional.

Conceitualmente, é possível encontrar inúmeras definições e interpretações do termo avaliação, mas segundo Contandriopoulos et al. (1997), avaliar é emitir um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para isso, é essencial que existam parâmetros bem definidos. Estes, por sua vez, deverão esclarecer quais são os valores em questão, qual a imagem-objetivo desejada e se as demandas foram alcançadas. Isso permitirá definir as técnicas e métodos adequados para este fim. Assim, cabe explicitar que critério é a base ou referência para a apreciação de um objeto, o modo de julgar algo. Por sua vez, parâmetro é uma especificação quantitativa precisa do nível de um critério que conferirá qualidade em um grau determinado.

Indicadores são sínteses que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do objeto (COLUSSI, 2010, p.54), com algumas características desejáveis, como a associação clara ao objeto, facilidade de acesso e de cálculo, validade ou aceitação para a realidade considerada, poder discriminatório, evolução ao longo do uso, significância e cobertura adequada. Além disso, os indicadores necessitam estar bem conceituados e possuir fontes de dados claras e acessíveis. Com estes elementos bem definidos, a construção de uma matriz avaliativa permitirá o desenvolvimento do processo de avaliação.

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No setor saúde, a avaliação constitui parte importante no planejamento e na gestão de sistemas de saúde, sendo considerada um instrumento efetivo para reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

“Existe amplo consenso quanto à ideia de que qualquer decisão deve ser acompanhada de

avaliações sistemáticas, ou seja, que o ciclo de Deming¹ – planejar, executar, avaliar, agir, no sentido de readaptar os conhecimentos em função do saber fornecido pela avaliação – deve passar a fazer parte da rotina. Esta ideia se traduz na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, de criar uma verdadeira cultura de avaliação, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p.706).

A avaliação deve constituir-se em um instrumento fundamental para a gerência, ágil e facilitador das mudanças pretendidas que, incorporado sistematicamente aos serviços, revelará se as atividades desenvolvidas no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local e se causam impacto sobre o nível de saúde da população.

Castro (2007) reafirma que a participação do usuário no processo de avaliação em saúde não deve ser apenas presencial, mas como protagonistas na tomada de decisão e no controle e avaliação da gestão do sistema de saúde.

O processo de avaliação deve ser construído de forma a prever a inclusão dos indivíduos fora do sistema, identificando possíveis focos de exclusão e compensando diferenças existentes, garantindo também a retroalimentação para as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades em espaços adequados.

O processo de avaliação em saúde possui algumas especificidades. Torna-se pertinente ressaltar que a concepção de saúde e suas práticas, os parâmetros e critérios adotados e o aspecto do objeto a ser avaliado influenciam o processo avaliativo, além dos valores e da motivação do interessado na avaliação.

A atenção básica no Brasil conta com pelo menos dois mecanismos institucionais específicos para seu monitoramento e

¹ O ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de Deming, foi desenvolvido no Japão após a I Guerra Mundial, na década de 20, e divulgado por Deming, em 1950, quem efetivamente o aplicou. Tornam mais claros e ágeis os processos envolvidos na execução da gestão da qualidade, dividindo-a em quatro principais passos. O ciclo começa pelo planejamento, a seguir, a ação ou conjunto de ações planejadas são executadas, checando-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado, ciclicamente, reduzindo ou eliminando defeitos ou desvios do caminho objetivado (DEMING, 1986).

avaliação: o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (PACTO) e o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O PACTO² visa avaliar o alcance das modificações introduzidas na atenção básica, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF, por exemplo. Estabelece, formalmente, uma negociação entre os gestores das três esferas, definindo metas a serem alcançadas em relação a indicadores previamente acordados. O SIAB foi criado como uma ampliação do Sistema de Informações do PACS, coleta e organiza informações sobre cada usuário da ESF ou PACS, é territorializado e baseado no cadastro populacional que permite o acompanhamento das famílias e as ações dos agentes comunitários e das equipes da ESF. Inclui indicadores sociais e demográficos, de procedimentos, inclusive visitas domiciliares e consultas médicas, e indicadores de morbidade e mortalidade. Oferece muitas possibilidades de monitoramento, avaliação e pesquisa, mas sua potencialidade não tem sido bem explorada na avaliação do sistema (MEDINA & AQUINO, 2002).

Segundo Almeida e Macinko (2006, p.25), observa-se um considerável volume de pesquisas sobre atenção básica desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Porém, a maior parcela destas indica elementos de diagnóstico da situação, algumas sugestões e recomendações. Poucas são as que se propõem explicitamente a avaliar o desempenho de serviços de atenção básica, tendo como objetivo a elaboração de uma proposta de monitoramento.

A partir de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2011b), surge como novo modelo de avaliação de desempenho, prevendo a avaliação sistemática de 47 indicadores de saúde, subdivididos em sete áreas, estimulando a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Além de incentivos financeiros, o projeto agrega o apoio técnico e a adequação dos sistemas de informação, incluindo equipes de saúde não vinculadas à ESF, de forma equivalente, conforme as diretrizes da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011.

²A Portaria nº 3.925/1998 instituiu o Manual para Organização da Atenção Básica, que formulava orientações aos gestores municipais do SUS para organização da atenção básica a partir da pactuação de metas entre as três esferas de governo e a definição de indicadores de acompanhamento da sua implementação para 1999; e a Portaria nº 476/1999, regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica no Brasil (Brasil, 1999).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Como subsídio para o desenvolvimento desta pesquisa, algumas avaliações foram pesquisadas e puderam ser analisadas sob a ótica da avaliação em saúde bucal.

Roncalli (2000, p.215) propôs a avaliação de incorporação das diretrizes do SUS na organização dos serviços de saúde, identificando, ainda que minimamente, essa incorporação como parte de uma estratégia mais ampla, não restrita ao setor odontológico.

Sob a ótica da representatividade da classe odontológica em Conselhos Municipais de Saúde de uma das regionais de saúde do estado do Paraná, Alves-Souza e Saliba (2003, p.1388) identificaram a necessidade de ampliar a participação da Odontologia nestes espaços sociais, possibilitando a formação de vínculos importantes no processo de planejamento e de fortalecimento da saúde bucal enquanto direito de cidadania.

Aerts e colaboradores (2004, p.134) propuseram discutir a atuação do cirurgião dentista no SUS, sistematizando suas possibilidades de atuação conforme sua inserção no sistema. Tanto em nível central ou local, é necessária a readequação das instituições de ensino, formando profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS, assim como a contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema.

Lessa e Vettore (2006, p.349) avaliaram o grau de adequação da gestão da atenção básica em saúde bucal, em Fortaleza, CE, entre os anos de 1999 e 2006. Para tal, construíram uma matriz com cinco dimensões a serem avaliadas: Planejamento e Programação, Suporte da Gestão aos Profissionais e às Práticas na AB, Oferta de Assistência Odontológica, Utilização de Serviços e Integralidade da Atenção. Este estudo mostrou que, apesar da adequação alcançada, o declínio na utilização dos serviços odontológicos e a estabilidade de indicadores de cobertura e assistência pressupõe a necessidade de sistematizar ações de planejamento e avaliação das ações de saúde bucal na atenção básica do município.

A avaliação das relações entre a descentralização da gestão e as características da atenção à saúde bucal foi tema de estudo de Chaves e Silva (2007, p.1129), identificando a pouca influência do estágio de descentralização da gestão na melhoria da gestão dos serviços odontológicos.

Souza e Roncalli (2007, p.2728) propuseram a avaliação da incorporação da saúde bucal na ESF como fator de mudança de modelo

assistencial, sob três dimensões: acesso, organização do trabalho e estratégias de programação. Porém, não identificaram mudanças significativas, apontando a necessidade de políticas públicas que contemplem aspectos além do setor saúde como decisivas na mudança real dos modelos assistenciais.

Outro aspecto é apontado por Castro (2007) ao citar Moreira e colaboradores (*in* CASTRO, 2007, p.30), chamando a atenção para as transições demográficas e epidemiológicas ocorridas no país, produzindo como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos, que segundo dados recentes do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000 (BRASIL, 2004) apresentavam precária condição de saúde bucal. Os autores enfatizam que a saúde bucal desta parcela da população mereceria destaque, pelo fato de que, historicamente, os serviços de saúde odontológicos não possuem como prioridade a atenção a esse grupo populacional.

Abreu (2008, p.189) também buscou avaliar a implantação da saúde bucal na ESF da zona leste da cidade de São Paulo, considerando o conhecimento dos profissionais envolvidos acerca de legislação pertinente, a adequação do processo de trabalho e a estrutura oferecida para o desenvolvimento das ações. Essa avaliação demonstrou um nível de implantação satisfatório do programa na região estudada.

Emmi e Barroso (2008, p.37) avaliaram as ações de saúde bucal executadas em uma ESF do interior do Pará, sob a perspectiva do usuário. Permitiu um esboço do perfil de usuários e de sua satisfação quanto aos serviços oferecidos após a implantação da estratégia.

Ao considerar as taxas de cobertura potencial, determinada pela legislação e pela carga horária dos profissionais, e a cobertura real dos serviços odontológicos da Polícia Militar da Bahia, Ribeiro-Sobrinho e colaboradores (2008, p.299) identificaram que as discrepâncias acentuadas podem acontecer pela baixa produtividade do serviço, por problemas estruturais e de gestão do desempenho da qualidade.

Frazão e Marques (2009, p.465) propuseram a avaliação da efetividade do programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. Mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na autoconfiança e no acesso e uso de serviços odontológicos foram identificadas. Estas mudanças, segundo os autores, podem indicar a importância do papel dos agentes comunitários de saúde na promoção de saúde bucal.

Sob a ótica dos usuários, Reis e colaboradores (2009, p.1294) avaliaram o serviço de saúde bucal de um município do interior de

Minas Gerais, Grão-Mogol. Apesar de estarem em período de mudanças, os usuários e os pesquisadores ainda identificaram práticas iatrogênicas e mutiladoras, mesmo que a prevenção e a promoção de saúde estejam ganhando espaço entre as ações de saúde. Mas a melhoria do acesso e da comunicação entre profissional e usuário ainda são pontos a serem melhorados.

Ao avaliar o modelo de avaliação da atenção em saúde bucal em SC, sob o critério da efetividade, Nickel e colaboradores (2009, p.379) corroborou a importância de firmar parcerias institucionais para o desenvolvimento de estudos avaliativos, pois permitem a construção de modelos de avaliação segundo diferentes visões e interesses, enriquecendo a dinâmica do processo avaliativo.

Em Pernambuco, Pimentel e colaboradores (2010, p.2190) apontaram a pouca apropriação das equipes de saúde bucal inseridas na ESF com a proposta de reorganização do processo de trabalho dessa estratégia. A utilização de dados epidemiológicos, fluxos de referência e contra-referência bem definidos, monitoramento e avaliação de ações ainda são incipientes, mas percebe-se uma mudança nos modelos de atenção à saúde bucal, demandando ajustes nas atividades das equipes, bem como uma maior participação dos demais níveis de gestão para que essa integração aconteça de forma plena.

Em 2010, Colussi propôs a análise do modelo de avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal nos municípios catarinenses, divididos por estratos populacionais, com base no modelo desenvolvido pela SES-SC e pelo NEPAS. O modelo teórico foi construído sob duas dimensões: a Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. Critérios, indicadores e parâmetros foram consolidados através de oficinas de consenso com especialistas da área, e os instrumentos de coleta de dados foram aplicados a todos os municípios catarinenses, permitindo a avaliação para gestão de municípios do mesmo estado e de mesmo porte populacional.

Um dos principais obstáculos à implementação de processos avaliativos em saúde bucal é a baixa qualidade dos sistemas de informações disponíveis, uma vez que os indicadores de avaliação invariavelmente envolvem a utilização desses dados. Considerando-se as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, Padilha e colaboradores (2005, *apud* COLUSSI, 2010, p.143) ressaltam que tal fato é digno de preocupação, pois um dos pressupostos dessa reorientação seria o acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores

adequados, o que implicaria na existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.

Mesmo assim, cabe destacar que, apesar de existirem reduzidos estudos sobre avaliação em saúde bucal na ótica da gestão, a avaliação está presente no Pacto pela Saúde e na Avaliação da Melhoria da Qualidade da ESF. O Pacto pela Saúde é firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, visando reestruturar as ações e serviços públicos dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada, substituindo o modelo anterior, desgastado pela dificuldade de se impor normas a um país tão grande e desigual e pelo detalhamento excessivo gerado pela complexidade do SUS (BRASIL, 2009a). Entretanto, apenas três indicadores são definidos para a saúde bucal, a cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da ESF, a média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada e a cobertura de primeira consulta odontológica programática, ausente na relação de indicadores para o ano de 2011 (BRASIL, 2011c).

O Pacto ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que possibilita ter uma ideia geral do sistema de atenção básica. Permite também gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não fornece elementos para formular respostas a esses problemas (ALMEIDA e MACINKO, 2006, p.26). Por outro lado, o SIAB é um sistema de informação bastante complexo, oferece dados que possibilitam monitoramento, avaliação e pesquisa, mas pouco explorado em todo o seu potencial, apresentando ainda limitações que o próprio uso auxiliaria a superar, como a confiabilidade de informações ou a dificuldade em cruzar informações com outros sistemas.

Em contrapartida, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família tem o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da avaliação e do monitoramento no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2008b, p.07). E nesse sentido, a saúde bucal já está representada de forma mais abrangente e consistente, conforme os indicadores descritos no quadro a seguir.

Quadro 1: Relação de indicadores referentes à Saúde Bucal incluídos na Avaliação da Melhoria da Qualidade da ESF.

Instrumento	Dimensão	Indicador
1-Desenvolvimento da ESF	Implantação e Implementação da Saúde da Família no Município	1.5 - A gestão municipal da saúde implanta equipes de Saúde Bucal. 1.13 - A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF. 1.19 - A Gestão Municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF.
	Integração da rede de serviços	1.34 - A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita da SF referência para as especialidades odontológicas (própria ou do CEO - ação prevista na PNSB). 1.35 - A rede de serviços de saúde assegura à população adscrita da ESF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária (próprio ou do LRPD - ação prevista na PNSB).
2-Coordenação técnica das equipes	Gestão de avaliação	2.31 - São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município (no mínimo a cada 4 anos). 2.39 - A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência (próprios ou não) 2.40 - A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde

		Mental (próprios ou não).
3-Unidade Saúde da Família	Infraestrutura e Equipamentos da USF	3.5 - As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades. 3.21 - Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do TSB e do cirurgião-dentista de maneira integrada.
5-Atenção à Saúde	Saúde de Crianças	5.11 - A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos
	Saúde de adolescentes	5.30 - Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses.
	Saúde de Mulheres e homens adultos	5.56 - 80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB (no mínimo, 1 avaliação por trimestre). 5.63 - A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB (considerar 60% desta população)
	Saúde de idosos	5.71 - O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço. 5.72 - Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB (considerar 60% desta população).

Fonte: Brasil, 2008b.

No contexto do PMAQ (BRASIL, 2011b), sete indicadores específicos para Saúde Bucal compõem o rol mínimo de informações que cada equipe de saúde deve, obrigatoriamente, agregar na alimentação do SIAB. Além da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e da cobertura de primeira consulta odontológica programática, acrescentam-se a cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante e a razão entre Tratamentos Concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, sendo estes como

indicadores de desempenho. Já como indicadores de monitoramento, a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante, a média de instalações de próteses dentárias e a taxa de incidência de alterações da mucosa oral são os selecionados (BRASIL, 2011).

2.5 META-AVALIAÇÃO

Segundo Worthen et al. (2004), ao definir a metodologia de uma avaliação, o pesquisador precisa tomar decisões que, invariavelmente, influenciam o desenvolvimento da avaliação. Sua história pessoal, seu conhecimento adquirido e sua própria experiência em avaliação podem direcionar esta definição. A avaliação é importante no aprimoramento do objeto estudado. Assim, torna-se relevante destacar a utilização de padrões para apreciação da qualidade de estudos avaliativos, conhecido como meta-avaliação (HARTZ, 2008, p.21). Em outras palavras, a meta-avaliação é a avaliação da avaliação, buscando aprimorar um estudo avaliativo antes que seja tarde, conhecida como meta-avaliação formativa. Se sua função for conferir credibilidade aos resultados finais, é conhecida como meta-avaliação somativa. De maneira geral, esse processo pode auxiliar no desenvolvimento de todo o potencial de uma avaliação (WORTHEN, et al., 2004, p.591).

Historicamente, sempre foi difícil consensuar critérios que definissem uma boa avaliação. Então, a partir da década de 70, observou-se um esforço ambicioso da área da educação na tentativa de desenvolver e evoluir os critérios para avaliar uma avaliação. Como resultado do trabalho de um comitê de vários representantes de organizações educacionais americanas e canadenses, conhecido como Comitê Unificado sobre Normas de Avaliação Educacional (WORTHEN, et al., 2004, p.595), publicaram-se, em 1981, as Normas para Avaliação de Programas, Projetos e Materiais Educacionais. Revisadas e ampliadas, seu desenvolvimento apontou alguns benefícios, como o uso de linguagem comum que facilite a comunicação, o estabelecimento de regras gerais para uma avaliação, permitindo o estudo desta área, a construção de um guia para pesquisa e desenvolvimento de processos avaliativos, além de uma base para a auto-regulação dos avaliadores, ampliando a credibilidade pública para o campo da avaliação, dentre outros. Atualmente, estas normas continuam norteando o desenvolvimento deste campo do conhecimento.

Algumas alternativas também vêm sendo propostas por diferentes organismos internacionais, acrescentando questões éticas pertinentes aos avaliadores, como no caso da Sociedade Canadense de Avaliação, ou

estipulando novas diretrizes, como pluralismo, independência, competência, respeito à integridade do indivíduo, transparência e responsabilidade, de acordo com a Sociedade Francesa de Avaliação (HARTZ, 2008, p.29). Com elevado grau de institucionalização, o Reino Unido apresenta longa tradição em avaliação, com algumas peculiaridades. Mesmo com algumas distinções entre países e regiões, as muitas semelhanças sugerem que a área atingiu um alto grau de profissionalismo e o estímulo à ampliação de seu uso é crucial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento futuros. No Brasil, ainda não se observa o mesmo grau de avanço no âmbito da meta-avaliação, muito embora a avaliação da gestão descentralizada em saúde, orientada pela atenção básica, tenha se tornado objeto privilegiado da produção científica nacional.

Ao avaliar a coerência teórica e prática da pesquisa com padrões de qualidade validados por organismos internacionais ou associações profissionais, a meta-avaliação pode ser compreendida como “*um processo de descrição, julgamento e síntese de um estudo ou qualquer procedimento de avaliação*” (HARTZ, 2008, p.31.). Preferencialmente, sua introdução deve ocorrer durante o curso da pesquisa avaliativa, contribuindo para o aperfeiçoamento do próprio estudo (formativa), ao passo que, se for realizada ao final (somativa), poderá conferir credibilidade, mas não maior validade e utilidade aos resultados apresentados.

Apesar disso, Hartz (2008), aponta que existem algumas limitações ao desenvolvimento desse campo, uma vez que a simples aplicação de critérios não garante o aumento do número de estudos avaliatórios sendo avaliados, bem como que as avaliações mantenham o foco no contexto, fazendo sentido para os atores envolvidos. Segundo Contandriopoulos (2006, *apud* HARTZ, 2008, p.33), a produção de informação coerente para todos os sujeitos envolvidos na avaliação vai determinar seu grau de credibilidade. Assim, torna-se real a necessidade de perceber o papel da meta-avaliação além da mera aplicação de critérios e padrões, compartilhando o aprendizado individual e coletivo, compreendendo as diferenças contextuais e a complexidade dos objetos de estudo.

Ao descrever e justificar a necessidade de meta-avaliação dos Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, uma vez que a política nacional de avaliação ainda encontrava-se em estágio incipiente, Hartz e Contandriopoulos (2008) destacam que os princípios e referências mais difundidos internacionalmente, utilidade, exequibilidade, propriedade e precisão,

referenciam, sem prejuízo, os padrões de qualidade desta meta-avaliação proposta pelos autores. Assim, sabendo do potencial de uma avaliação na melhoria de um sistema, sua institucionalização, em todos os níveis, por si só, não é suficiente. É preciso questionar a capacidade destas avaliações em produzir informações e julgamentos que auxiliem as instâncias decisórias a aprimorar seu desempenho.

A meta-avaliação objetiva não apenas tornar visíveis os efeitos de uma intervenção e compreender como foram alcançados, mas também se preocupa em julgá-los. Isto significa que os resultados de uma avaliação não se traduzem, automaticamente, em decisões, mas que fomentem o julgamento de situações com maior validade, influenciando positivamente a tomada de decisões. Sua realização de forma contextualizada e participativa permitirá construir e reconstruir julgamentos e critérios, aprimorando, continuamente, o desenvolvimento de uma cultura nacional de avaliação em saúde (HARTZ, 2008, p.38).

A princípio, toda avaliação sofre uma meta-avaliação informal, muito diferente da formal, em que o meta-avaliador deve ter a mesma perspicácia de um avaliador original. Entretanto, deve-se evitar a necessidade de avaliar a avaliação da avaliação, o que criaria uma nova classe de profissionais, os “super-superavaliadores” (WORTHEN, et al., 2004, p.607), em um ciclo vicioso. Idealmente, espera-se que o avaliador original participe de painéis ou oficinas para aperfeiçoamento da avaliação e acompanhe a avaliação de seu trabalho por outro perito, o que nem sempre é possível, mas desejável. Ainda, que esta ocorra, preferencialmente, por um avaliador ou grupo/equipe externos com maior quantidade de habilidades e perícia para realizar a meta-avaliação.

Se optar por realizar a meta-avaliação de seu próprio trabalho, o avaliador perde a imunidade frente às tendências pessoais e parcialidades. Se esta for realizada pelos usuários da avaliação, é preciso determinar a competência técnica do usuário emissor de julgamento. Assim, se optar por alguma destas, é importante fundamentá-la em critérios bem definidos, como as normas apresentadas anteriormente (WORTHEN, et al., 2004, p.608).

Como a própria avaliação ainda não está presente no planejamento, orçamento e desenvolvimento de programas, poucas meta-avaliações formais são realizadas. Seja por ausência de vontade, desconhecimento ou falta de contato com boas avaliações, líderes, autoridades e representantes, de forma geral, não compreendem o potencial e os impactos positivos que uma boa avaliação possa causar.

Contudo, é notável o progresso e o desenvolvimento da avaliação nos últimos trinta anos.

2.5.1 Normas de Avaliação

Para orientar esta pesquisa, serão utilizadas como referência as normas definidas pelo Comitê Unificado, apresentadas anteriormente. As trinta normas estão agrupadas por categorias que podem determinar a qualidade de um estudo avaliativo (WORTHEN, et al., 2004, p.597). As normas de utilidade buscam certificar que a avaliação atenda à necessidade de informações do público-alvo, considerando atributos como a identificação das partes interessadas, a credibilidade do avaliador, a seleção de informações sensíveis às necessidades e a identificação de valores que permitam a emissão de um julgamento. Além disso, a avaliação deve ser relatada com clareza, de forma válida, garantindo a disseminação de seu relatório e o uso adequado pelas partes interessadas – impacto da avaliação.

As normas de viabilidade certificam que a avaliação seja prudente, realista, diplomática e séria. Através da proposição de procedimentos práticos, evitando interrupções, e da consideração de diferentes posições e interesses dos grupos envolvidos, objetiva-se buscar a cooperação e a viabilidade política da avaliação. Além desses atributos, a justificativa do investimento de recursos de forma apropriada também pode ser considerada na avaliação da avaliação.

Outra categoria apontada pelos autores identifica as normas de propriedade, que garantem a condução da avaliação dentro de padrões legais e éticos, considerando o bem-estar dos envolvidos na avaliação e daqueles possivelmente afetados por seus resultados. Seus principais atributos são a orientação da organização dos serviços, o acordo formal das condições da avaliação entre as partes, por escrito, e a garantia dos direitos dos seres humanos participantes do estudo, respeitando as interações humanas. A avaliação deve ser completa e justa, contendo pontos fortes e fracos do objeto em avaliação, revelando os resultados a quem, por direito, possa ter acesso; deve abordar os conflitos de interesses sem prejudicar o resultado da avaliação e prezar pela responsabilidade fiscal no uso dos recursos.

A fim de assegurar que uma avaliação revele e transmita informações tecnicamente adequadas sobre as características da valia ou mérito do objeto em questão, Worthen e colaboradores (2004) definem as normas de precisão coerentes com os seguintes atributos:

- a) documentação clara e exata do objeto a ser avaliado, facilitando sua identificação;
- b) análise do contexto de inserção do objeto, identificando suas possíveis influências;
- c) detalhamento dos propósitos e procedimentos da avaliação;
- d) proteção das fontes de informação;
- e) desenvolvimento de métodos de coleta que garantam validade e confiabilidade na interpretação dos dados;
- f) sistematização das informações produzidas;
- g) análise das informações quantitativas e qualitativas em relação às perguntas da avaliação;
- h) justificativa apropriada das conclusões;
- i) elaboração de relatórios de forma imparcial;
- j) avaliação da própria avaliação – meta-avaliação.

Estas normas continuam, segundo os autores, sendo padrão de referência para julgamento de avaliações e critérios de meta-avaliação, não se restringindo a uma receita a ser seguida, mas configurando uma compilação de características desejáveis para uma boa avaliação. Para agregar valor ao processo, alguns princípios e diretrizes foram validados para os avaliadores, segundo a Associação Americana de Avaliação (American Evaluation Association), como a investigação sistemática e rigorosa, a competência, a integridade e honestidade, o respeito às pessoas e a responsabilidade em relação ao interesse público e coletivo, além do interesse das partes envolvidas (HARTZ, 2008, p.29).

2.5.2 Validação de Instrumentos

Em qualquer avaliação, a construção de instrumentos de coleta de dados para sua realização prevê a definição de indicadores confiáveis. Estes instrumentos, por sua vez, requerem atributos importantes, como a validade, a confiabilidade, a sensibilidade, a praticabilidade e a responsividade (ALEXANDRE e COLUCI, 2011, p.3062). De acordo com as autoras, a sensibilidade garante a habilidade do instrumento em perceber diferenças entre grupos semelhantes, a praticabilidade consiste na facilidade de aplicação e de interpretação, além dos recursos envolvidos, enquanto que a análise da responsividade permite verificar se o instrumento consegue detectar mudanças no objeto avaliado.

Ao aplicar instrumentos em populações diferentes, é possível a comparação de percepções e a padronização das perguntas de modo a responder adequadamente o que se quer avaliar, assegurando a

equivalência das respostas. Clareza, relevância e facilidade de compreensão devem ser observadas nos instrumentos de pesquisa, permitindo que todos os sujeitos-alvo da pesquisa tenham a mesma percepção do significado de cada critério, indicador e parâmetro definidos na matriz avaliativa.

Segundo Fujinaga (2008, p.393), a validação de instrumentos elaborados para realizar uma avaliação inicia com a formulação de definições minuciosas dos itens a serem avaliados, derivados de pesquisa em literatura correlata, de pesquisa anterior ou de observações sistemáticas e análise comportamental. Assim, conforme revisão de literatura, a validação de instrumentos de pesquisa confere credibilidade à avaliação. Mesmo com divergências semânticas entre autores, dois critérios são unânimes e considerados essenciais para a aceitação de um bom instrumento de coleta de dados: a confiabilidade e a validade (MARTINS, 2006; PILATTI, et al., 2010, p.85).

O termo confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes, conferindo estabilidade/reprodutibilidade, homogeneidade e equivalência entre diferentes observadores (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1999). Segundo os mesmos autores, a validade pode ser compreendida como o grau em que um instrumento realmente mede aquilo que foi concebido para medir, isto é, verifica se o instrumento retrata com precisão o fenômeno a ser estudado.

A confiabilidade, também compreendida por reprodutibilidade, pode ser entendida como a constância de dados/informações coletadas pelo instrumento em questão. Esta pode variar, por exemplo, em instrumentos de medidas de fenômenos do mundo físico, geralmente mais estáveis, e variáveis do universo social, influenciadas pelas contínuas mudanças no ambiente. Ainda assim, o método de obtenção de seu grau de confiabilidade é o mesmo: comparação de resultados em situações semelhantes e sucessivas.

No caso de resultados diferentes, a reprodutibilidade merece ser analisada sob a ótica das diferenças reais nos dados coletados ou em variações devido a erros de mensuração ou coleta. Existem algumas alternativas para determinar a confiabilidade de um instrumento de coleta de dados. Para esta pesquisa, a técnica do teste reteste, uma das mais conhecidas, foi a selecionada. Nesta situação, o instrumento é aplicado duas vezes a um mesmo grupo de pessoas, com um intervalo de tempo definido entre as aplicações, evitando uma subavaliação em períodos de tempo muito longos e uma superavaliação, no caso de intervalos muito curtos.

Dentre os três tipos de validade apontados por Contandriopoulos e colaboradores (1999), a validade de conteúdo foi o tipo selecionado por julgar em que proporção os itens selecionados para medir uma determinada construção teórica representam bem todas as facetas importantes do conceito a ser medido. Esta se refere à análise detalhada do conteúdo do instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra significativa do objeto em avaliação (HERMIDA e ARAÚJO, 2006, p.316). Para Contandriopoulos (1999, p.83), a formulação das questões é um dos aspectos que mais influenciam a validade de conteúdo de um instrumento, evitando-se o uso de jargões complexos e de difícil entendimento.

Martins (2006, p.06) aponta a validade de conteúdo como um dos aspectos a ser considerado na avaliação de um instrumento de coleta de dados, ressaltando ser o grau em que o instrumento evidencia o domínio específico do conteúdo disposto a mensurar. De maneira geral, um instrumento de coleta de dados confiável necessita ser replicável e consistente, ou seja, produzir os mesmo resultados em sucessivas aplicações. Além disso, é considerado válido se retratar, com precisão, o que pretendia medir.

Nesse tipo de validação, os instrumentos são submetidos à apreciação de especialistas, os quais podem sugerir a retirada, acréscimo ou modificação dos itens. No caso do objeto de pesquisa deste projeto, seu formulário eletrônico para coleta de dados será validado através de preenchimento pelo responsável nos municípios selecionados, em um primeiro momento, e com a presença do responsável e do pesquisador, em outro momento. Além disso, as informações pertinentes coletadas e os detalhes dessa nova coleta serão debatidos em oficinas de consenso já citadas anteriormente.

Em uma avaliação, as revisões externas tornam-se essenciais no aprimoramento do modelo construído. A revisão externa agrega valor e novas perspectivas para o objeto em avaliação, em um processo contínuo de aprendizado neste campo de conhecimento. Segundo a literatura,

“...o avaliador externo pode revisar o projeto da avaliação e oferecer recomendações para o fortalecer. Um avaliador externo pode também prover assistência técnica durante a avaliação e, no final do projeto, pode revisar os procedimentos, as descobertas e os relatórios da avaliação. O revisor externo pode precisar marcar

uma visita ao local a cada estágio da revisão para conquistar total acesso aos arquivos, instrumentos, dados, relatórios e públicos-alvo da avaliação. Tal acordo demanda o planejamento e conhecimento de como e onde acessar informações da avaliação pertinentes” (WORTHEN et al., 2004, p.609).

Ilustrativamente, em 2006, a OPAS, em parceria com o Ministério da Saúde, elaborou e validou uma metodologia de avaliação rápida dos serviços de saúde a nível local, adaptando e aperfeiçoando instrumentos à realidade brasileira com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), modelo desenvolvido na Universidade John Hopkins para aplicação em países industrializados (ALMEIDA e MACINKO, 2006, p.26). A validação ocorreu por triangulação de informações com informantes-chave, dados secundários e entrevistas com usuários, processo muito comum nas pesquisas qualitativas.

Apesar de restrito ao local de aplicação da metodologia (Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro), mostrou-se pertinente na avaliação da organização e desempenho dos serviços de atenção básica. Para a validação dos instrumentos empregados nesta avaliação, utilizaram-se algumas técnicas, como a auto-avaliação do informante, a consistência entre itens, a análise de fatores e a regressão logística multivariada (STREINER & NORMAN, 1995; DEVELLIS, 1991, *apud* ALMEIDA e MACINKO, 2006, p.31).

De maneira geral, esta avaliação reforça a ideia que a falta de compreensão do responsável pela coleta de dados nos municípios, etapa prevista no modelo avaliativo do NEPAS, pode gerar confusão em alguns pontos. Esta pode acontecer devido ao fato do instrumento ter sido construído por especialistas na área de avaliação, conhecedores dos assuntos, e que tiveram algum tempo para debater e compreender os critérios, indicadores, parâmetros e valores estabelecidos na matriz avaliativa. Isto nem sempre pode ser observado nos municípios analisados.

Outro ponto é a definição da escala de valores, em que o responsável possa ter enfrentado dificuldade em encaixar suas respostas nas presentes no formulário eletrônico. Ainda deve ser considerado o grau de hierarquia e a formação profissional deste informante-chave, o que pode influenciar seu entendimento sobre os questionamentos do formulário. A própria questão da temporalidade pode interferir na formulação das respostas, pois a gestão enfrenta realidades diferentes dentro de um mesmo município e em períodos diferentes de tempo, como troca de gestores, por exemplo.

Estes fatores são limitações que podem estar presentes em qualquer tipo de coleta de dados, mas de maneira nenhuma invalidam o teor das avaliações já realizadas, apenas despertam a necessidade de aperfeiçoamento deste modelo construído e aplicado no estado de Santa Catarina para avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conferir a precisão do instrumento de coleta de dados da matriz avaliativa do Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar critérios de conferência do instrumento para coleta de dados em campo.
- Verificar a precisão da avaliação realizada pelo Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica em Santa Catarina.
- Identificar aspectos para o aperfeiçoamento da matriz avaliativa do modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica em Santa Catarina.

4. METODOLOGIA

4.1 REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentar a revisão de literatura, partiu-se de uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e PUBMED/MEDLINE com descritores definidos (“avaliação em saúde”, “saúde bucal”, “avaliação em saúde bucal”, “avaliação para gestão”, “saúde bucal na atenção básica”, “estudo de validação”, “health assessment”, “oral health”, “oral health assessment”, “oral health evaluation”, “management evaluation” e “validation study”), selecionando alguns trabalhos, livros, artigos, publicações e periódicos para análise mais detalhada. Pesquisas em meios eletrônicos foram realizadas em conjunto com a análise de material impresso.

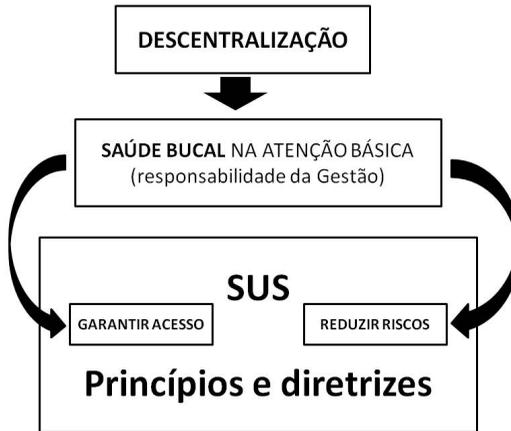
4.2 MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA (NEPAS UFSC)

O modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica foi construído em parceria da UFSC com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Sua elaboração deu-se a partir de uma adaptação da matriz avaliativa do Modelo de Avaliação da Atenção Básica da SES-SC (NEPAS, 2011).

A concepção que suporta a Matriz Teórica do projeto é de que a Atenção Básica deva ser avaliada a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. São consideradas a garantia de acesso e a redução de risco a partir da intersetorialidade, da participação da comunidade, da equidade, da integralidade e da universalidade.

A nova matriz proposta tem origem nos princípios finalísticos do SUS de garantir acesso universal e reduzir os riscos à saúde. Nesse enfoque, foram definidas duas dimensões: a gestão do sistema municipal de saúde (verificar se a gestão oferece condições de atender às necessidades da população) e o provimento da saúde bucal na atenção básica. Várias oficinas de trabalho foram realizadas para definir indicadores e respectivas medidas, através de debates com a participação de técnicos e gerentes da SES-SC, professores de diversos departamentos da UFSC e alunos de pós-graduação.

Figura 1: Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica de Santa Catarina.



Fonte: Colussi, 2010.

Quatro critérios de desempenho gerencial orientaram a definição dos indicadores e critérios: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Nesse contexto, Eficiência é o critério de desempenho econômico que revela a otimização da capacidade instalada, sendo direcionado para a avaliação da gestão da saúde bucal; Eficácia é o critério de desempenho político que revela a realização das metas quantitativas e qualitativas; Efetividade é o critério de desempenho social que revela a maximização dos resultados; Relevância é o critério de desempenho cultural que revela a maximização dos impactos (SANDER, 1995 apud COLUSSI, 2010, p.53).

Além disso, a percepção de Davok (2007, p.504) serviu como referencial teórico para definição de qualidade, em que a gestão municipal exibe qualidade quando tem valor (relevante e efetiva) e mérito (eficaz e eficiente). A matriz de avaliação é composta por 40 indicadores divididos como apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Dimensões, subdimensões e indicadores para avaliação da gestão municipal de saúde bucal na atenção básica.

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE (garantia de acesso)	GESTÃO DO PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (redução de riscos)	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação intersetorial (4 indicadores)	Criança (3 indicadores)	Criança (3 indicadores)
Participação popular (4 indicadores)	Adolescente (3 indicadores)	Adolescente (3 indicadores)
Recursos Humanos (4 indicadores)	Adulto (3 indicadores)	Adulto (3 indicadores)
Infra-estrutura (4 indicadores)	Idoso (3 indicadores)	Idoso (3 indicadores)

Fonte: NEPAS, 2011.

A primeira aplicação desta matriz aconteceu em 2008, com base nos dados de 2007. As respostas dos municípios catarinenses a esta pesquisa aconteceu por meio de formulário eletrônico respondido pelo próprio município, agregando-se a pesquisa de dados secundários nos sistemas oficiais da SES-SC e sistemas municipais de saúde, com algumas adaptações para otimizar a pesquisa. Os dados coletados foram então agrupados, testados e analisados para conferir pontuação a cada município (critérios pré-definidos). A emissão de juízo de valor foi realizada por comparação entre municípios de porte semelhante e caracterizou-se um esboço da qualidade da gestão municipal da saúde bucal na atenção básica no estado de Santa Catarina.

Esta avaliação vem sendo realizada anualmente pela SES-SC, porém, por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, as avaliações de Saúde Bucal serão realizadas, a partir de 2013, a cada dois anos, conforme contato pessoal com o Gerente de Atenção Básica da SES-SC.

Por fim, cabe citar as barreiras encontradas durante as aplicações da avaliação, como as deficiências dos sistemas de informação, a pouca confiabilidade dos registros, a realização burocrática destes para garantia de repasse de recursos, algumas inconsistências e ausência de informações nos dados primários. (COLUSSI, 2010). A autora aponta ainda que, de acordo com os resultados encontrados, surgiram evidências que apontavam a demanda pela incorporação de novos dados

e pela garantia da qualidade dos dados já coletados, validando a metodologia construída para esta pesquisa.

4.3 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa apresenta-se, ao mesmo tempo, como uma instrumentação teórico-metodológica e um questionamento sistemático, crítico e criativo, para a construção de conhecimento, estimulando uma interface crítica com a realidade (DEMO, 1997, p.33). Sistemáticamente, é possível delinear quatro tipos de pesquisa: a pesquisa teórica, orientada para a construção e reconstrução de teorias, referências, condições explicativas da realidade; a pesquisa empírica, manuseando a parte da realidade que se manifesta empiricamente; a pesquisa prática, que intervém diretamente na realidade, teorizando práticas e produzindo alternativas concretas; e a pesquisa do tipo metodológica, voltada à construção e reconstrução de instrumentos e paradigmas científicos.

Esta será uma pesquisa do tipo metodológica, pois propõe a inquirição de métodos e procedimentos adotados como científicos, verificando a reprodutibilidade e a validade de um instrumento de coleta de dados de uma avaliação, determinando sua precisão. Este tipo de pesquisa adquiriu papel estratégico, pois, segundo Demo (1997), corresponde a um dos aspectos mais relevantes da ciência moderna, a autocrítica questionadora.

4.4 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Anualmente, a SES-SC realiza a Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica de todos os municípios catarinenses. Conforme previsto nesta avaliação, seu contínuo aperfeiçoamento é desejado. Para contribuir com este aprimoramento, esta pesquisa iniciou com a análise do “Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica”, disponível na página da Gerência de Atenção Básica da SES-SC como instrumento livre à consulta pública.

Após a elaboração do projeto de pesquisa, este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, aprovado conforme parecer nº2363/2011. Para esta submissão, a pesquisa foi previamente consentida pela SES-SC e UFSC, conforme declaração de ciência das instituições (apêndices 6 e 7).

Após uma análise prévia do instrumento de coleta de dados primários do modelo NEPAS, foram identificados alguns aspectos que

poderiam comprometer a precisão do instrumento de coleta de dados, alterando dessa forma o resultado final da avaliação, pois geravam dúvidas, interpretações ambíguas, dificultando a obtenção de respostas precisas. Neste caso, a utilização das normas de precisão, descritas anteriormente, se aplica com propriedade.

O próximo passo da pesquisa foi o envio de correspondência aos municípios selecionados, explicando o projeto de pesquisa, seus objetivos e desdobramentos (Apêndice 1). Nesse ínterim, também foi enviada uma cópia impressa do formulário eletrônico – FORMSUS³ – para preenchimento pelos municípios selecionados, em dois momentos distintos (Apêndices 3 e 4). Este formulário eletrônico é produzido por aplicativo gratuito e específico do DATASUS (BRASIL, 2011a). Nessa primeira fase, os municípios foram orientados a preencher o formulário da mesma forma que na coleta sistemática da pesquisa realizada nos anos anteriores, respeitando o prazo limite. Sugeriu-se que a gestão municipal indicasse os respondentes para esta pesquisa, preferencialmente, os Coordenadores de Saúde Bucal. De todos os municípios participantes, apenas três foram representados pelo seu Coordenador de Saúde Bucal devidamente formalizado por legislação municipal. Um município foi representado pela Coordenadora da Atenção Básica e os demais, por profissionais que, informalmente, respondiam pela coordenação ou foram convidados por possuírem bom relacionamento com o gestor municipal.

Eventuais dúvidas puderam ser dirimidas através de contato com o pesquisador (pessoal, e-mail, telefone, correspondência) ou através do site do NEPAS (www.nepas.ufsc.br/?page_id=38). A opção pela entrega do formulário, impresso e atualizado, a cada responsável municipal, teve como finalidade evitar falhas na comunicação e conflitos de prazos.

Após o primeiro preenchimento, com intervalo de 30 dias após o limite estabelecido e pactuado, os municípios foram solicitados a preencher o mesmo formulário novamente. Esse procedimento visou verificar se as respostas eram coincidentes quando preenchidas em momentos diferentes – reprodutibilidade do instrumento. Destaque-se

³ FORMSUS é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na internet, de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. Para criar formulários é necessário estar cadastrado como Gestor de Formulário do FormSUS, sendo responsabilidade de cada gestor de formulário cuidar de sua aplicação e garantir a aplicação dessas normas (BRASIL, 2011b).

que os dados coletados são sempre relativos a procedimentos do ano anterior à coleta.

A próxima etapa programada foi a visita do pesquisador aos municípios. Nesse momento, os responsáveis pelo preenchimento do formulário foram entrevistados pelo pesquisador para verificar se houve compreensão das perguntas e se as respostas obedeceram ao padrão estabelecido como desejável para os indicadores – validade do instrumento.

O pesquisador também pode verificar os aspectos técnicos específicos para algumas medidas através de observação direta nas unidades de saúde do município. Por exemplo, no critério “Relevância”, o indicador é “Informação em Saúde Bucal” e tem como medida o número de Unidades Básicas de Saúde que possuía material educativo ou informativo sobre Saúde Bucal. Neste caso, o pesquisador visitou algumas unidades para verificar o tipo de material referido como existente pelo responsável pela resposta.

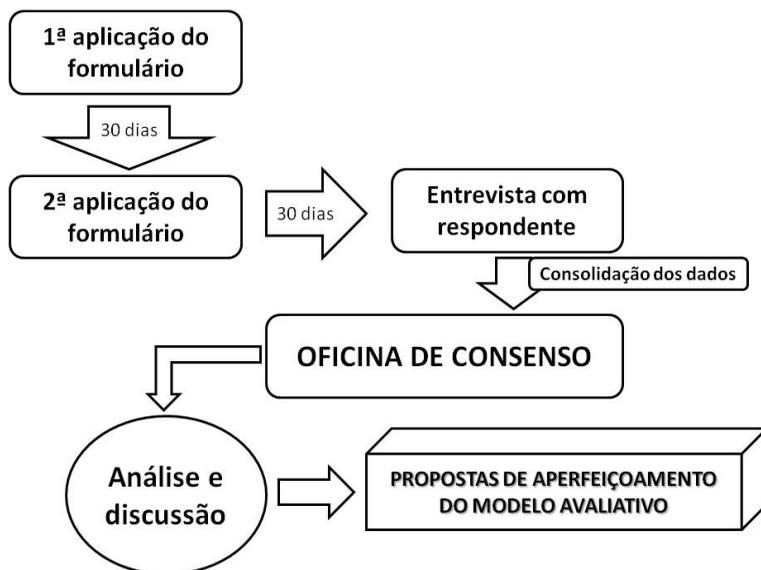
Em outro exemplo, no critério “Eficiência”, indicador “Saúde Bucal na Escola”, a medida é o número de escolas públicas com práticas em Saúde Bucal (educativas e preventivas). Neste, o pesquisador questionou a regularidade destas práticas, seu conteúdo, adesão e insumos disponíveis para sua execução. Essa etapa não visou questionar a veracidade das respostas, mas sua correspondência a padrões mínimos a serem estabelecidos para atender aos critérios de “existência de material educativo” ou de “número de escolas públicas com práticas em Saúde Bucal (educativas e preventivas)”.

O pesquisador, durante a etapa presencial, procurou padronizar sua metodologia de pesquisa em relação à postura, tempo e disponibilidade. Os registros foram feitos de maneira uniforme, evitando interpretações subjetivas. Os esclarecimentos ao entrevistado ocorreram de forma imparcial e neutra, buscando sua cooperação.

Um roteiro de campo direcionou a coleta dos dados primários (Apêndice 5). Após a sistematização da coleta dos dados, foram identificados os padrões mínimos a serem atendidos para cada medida, a partir do que foi teoricamente proposto no seu *rationale*⁴.

⁴ *Rationale* é a explicação da base ou razões fundamentais para a escolha dos indicadores e parâmetros, é a justificação explícita das razões de seleção destas bases, fundamentada em documentos oficiais e revisão de literatura (CALVO, 2011).

Figura 2: Percurso metodológico da pesquisa.



Fonte:

A seguir, foi realizada uma oficina de consenso para discussão desses padrões. A técnica utilizada foi o Comitê Tradicional, convidando especialistas, participantes das pesquisas anteriores ou atores familiarizados com a avaliação em saúde bucal para apresentação do projeto, sua matriz avaliativa, critérios e indicadores, além dos dados coletados e compilados nas etapas anteriores, sob a coordenação de um dos membros participantes (COLUSSI, 2010, p.78; MEDINA, et al., 2005, p.15). De todos os convidados, cinco manifestaram disponibilidade para participar da oficina nas datas e horários oferecidos como opção. Os dados foram analisados em percentual de correspondência de respostas para cada medida, e descritos em análise comparativa do que foi observado com os padrões estabelecidos no *rationale* e nas oficinas de consenso. Respeitando a ordenação por subdimensão ou grupo, cada item foi debatido separadamente, sendo registradas as alterações ou sugestões no corpo do próprio roteiro desenvolvido para subsidiar a oficina (Apêndice 9). Esta oficina foi realizada no período vespertino, com duração aproximada de cinco horas, sendo que seus registros nortearam o prosseguimento da pesquisa.

Como produto da oficina de consenso, a análise dos resultados permitiu a revisão do instrumento de coleta de dados, indicando

modificações na redação das perguntas e/ou aperfeiçoamento dos *racionais* dos indicadores, conferindo maior validade onde eventualmente tenham sido observadas discrepâncias ou limitações importantes. Estas sugestões foram encaminhadas ao setor responsável na SES-SC para utilização conveniente.

4.5 CONTEXTO

A Região Carbonífera de Santa Catarina localiza-se na região sul do Estado, abrangendo 11 municípios, dentre eles, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga, num total de 390.756 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, (2011).

Esta região foi escolhida por apresentar características próprias de organização dos serviços de Saúde Bucal, bem como de infraestrutura, recursos e população diversificada. Sua cidade polo, Criciúma, situava-se em localização estratégica para o desenvolvimento da pesquisa, por se tratar da região de residência do pesquisador, o que facilitou seu deslocamento e sua aproximação da gestão dos municípios em análise.

Tabela 1: Distribuição populacional da Região Carbonífera de Santa Catarina, segundo dados do Censo 2010 do IBGE.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
COCAL DO SUL	15.171
CRICIÚMA	192.236
FORQUILHINHA	22.548
IÇARA	58.833
LAURO MULLER	14.366
MORRO DA FUMAÇA	16.126
NOVA VENEZA	13.316
ORLEANS	21.393
SIDERÓPOLIS	12.995
TREVISO	3.527
URUSSANGA	20.223
TOTAL	390.756

Fonte: IBGE, 2011.

O município de Treviso não participou diretamente da pesquisa por ser o local de atividade laboral do pesquisador, o que inviabilizaria uma coleta de dados imparcial (conflito de interesse).

Figura 3: Mapa da Região Carbonífera de Santa Catarina



Fonte: Associação dos Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina - AMREC, 2011.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação aos aspectos éticos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, para sua apreciação, tendo sido aprovado conforme parecer n° 2363/2011. Contém a declaração de ciência das instituições, SES-SC e UFSC (Apêndices 6 e 7), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) direcionado aos municípios selecionados, autorizando a utilização de dados primários, secundários e a visita pessoal do pesquisador para desenvolvimento da pesquisa. Além disso, também esclarece e informa os convidados a participar da oficina de consenso, para que a pesquisa possa ser desenvolvida de acordo com os critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

5. RESULTADOS

Conforme normas do Programa de Pós-Graduação desta instituição, os resultados serão apresentados no formato de artigo a ser publicado na revista científica *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*.

AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PRECISÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

RESUMO

Este estudo de validação visa conferir a precisão de um modelo de avaliação. Em uma avaliação, existe a necessidade de validar os instrumentos de coleta de dados utilizados quanto a sua reprodutibilidade e precisão. Neste estudo, foi utilizada a Avaliação da Gestão da Saúde Bucal na Atenção Básica em Santa Catarina como referência, cujo modelo utiliza dados primários – coletados via formulário eletrônico, e dados secundários – disponíveis nos sistemas de informação do SUS, para cálculo dos indicadores. Para a realização deste estudo, o formulário foi aplicado nos municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina em dois momentos distintos para verificar sua reprodutibilidade, seguidos de discussão das respostas com o pesquisador. Os resultados observados foram consolidados e debatidos em oficina de consenso com especialistas na área, detectando imprecisões relativas ao conceito, à fonte utilizada e ao perfil dos próprios respondentes. A taxa de concordância bruta observada para as duas coletas foi de 87%, e as imprecisões somaram 36% das respostas. Sugestões de fontes preferenciais, modificações de enunciado e orientações para o correto preenchimento do formulário foram algumas mudanças propostas, aperfeiçoando a matriz original e seu instrumento de coleta de dados.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Saúde bucal; Estudo de validação; precisão.

MUNICIPAL MANAGEMENT ASSESSMENT OF ORAL HEALTH IN PRIMARY CARE IN CITIES OF SANTA CATARINA'S COAL REGION: DATA COLLECTION INSTRUMENT ACCURACY

ABSTRACT

This validation study intends to check an evaluation model's accuracy. In an evaluation, it's necessary to validate the data collection instrument's precision and reliability. In this study, the Management Assessment of Oral Health in Primary Care in Santa Catarina was used as reference, which analysis primary data, collected through an electronic form, and secondary data, available at SUS's information systems, to calculate the indicators. In this study, the form's application was in the cities of Santa Catarina's Coal Region in two different moments to check its reliability, followed by an argument with the respondents of this research. The considered results were analysed and debated in a consensus workshop with evaluation experts, detecting inaccuracies due to the concept, the data source used by the respondents and the respondents profiles. The unprocessed agreement in the two data collections were 87%, and the inaccuracies added 36% of the answers. Preferential sources suggestions, questions modifications and orientations for the correct answering of the form were some of the proposed changes, improving the original matrix and its data collection instrument.

Keywords: Health assessment; Oral health; Validation study; Accuracy.

INTRODUÇÃO

A utilização de padrões internacionais para a apreciação da qualidade dos estudos avaliativos, ou meta-avaliação, é um processo que busca aprimorar seu desenvolvimento ou conferir credibilidade aos resultados finais de avaliações (HARTZ, et al., 2008, p.19).

Uma das categorias utilizadas como padrão de referência para julgamento de avaliações e critérios de meta-avaliação é a precisão, pois indica se a avaliação revela informações tecnicamente adequadas sobre as características da valia ou mérito do objeto em avaliação (WORTHEN, et al., 2004, p.593-618). Para a realização de uma meta-avaliação, mesmo com divergências semânticas entre autores, dois critérios são unânimes e considerados essenciais para a aceitação de um bom instrumento de coleta de dados: a confiabilidade e a validade (MARTINS, 2006, p.02).

Confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes, conferindo estabilidade, homogeneidade e equivalência entre diferentes observadores (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1999, p.80). A confiabilidade, também compreendida por reprodutibilidade, pode ser entendida como a constância de dados e informações coletados pelo instrumento em questão. No caso de resultados diferentes, a reprodutibilidade merece ser analisada sob a ótica das diferenças reais nos dados coletados ou em variações devido a erros de mensuração ou coleta. A validade pode ser compreendida como o grau em que um instrumento realmente mede aquilo que foi concebido para medir, isto é, verifica se o instrumento retrata com precisão o fenômeno a ser estudado.

O objetivo deste estudo é conferir a precisão do instrumento de coleta de dados primários de um modelo de avaliação. O Modelo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica de Santa Catarina (NEPAS, 2011) foi utilizado como caso do estudo. Tal modelo foi construído com base nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, apresentando duas dimensões para avaliar o desempenho dos municípios na formulação e execução de políticas públicas que contemplem esses princípios. A dimensão Gestão da Saúde Bucal, com foco na equidade ou garantia de acesso, tem como subdimensões a “Atuação Intersetorial”, a “Participação Popular”, os “Recursos Humanos” e a “Infraestrutura”. A dimensão Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal prioriza a integralidade e a universalidade em duas subdimensões,

a “Promoção e Prevenção” e o “Diagnóstico e Tratamento”, considerando o ciclo vital - crianças, adolescentes, adultos e idosos.

A matriz avaliativa prevê a coleta de dados dos 293 municípios catarinenses: os secundários nos sistemas de informação disponíveis; os primários por meio de preenchimento de formulário eletrônico. Esta avaliação vem sendo realizada periodicamente, de acordo com deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Santa Catarina.

Em estudos semelhantes, a utilização de dados secundários deve prever a realização de testes de consistência, com correções de valores de acordo com o preconizado para séries históricas de dados. Já para os dados primários, estudos de validação devem ser previstos para não haver dúvidas quanto ao entendimento homogêneo dos questionamentos, bem como quanto à precisão das respostas encontradas. Para a institucionalização da avaliação, é essencial considerar a precisão do modelo proposto, sua reprodutibilidade e sua importância para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão.

METODOLOGIA

Este artigo trata de uma pesquisa do tipo metodológica, que propõe a inquirição de métodos e procedimentos adotados como científicos, verificando a reprodutibilidade e a validade de um instrumento de coleta de dados de uma avaliação, determinando sua precisão (DEMO, 1994, p.37).

A primeira etapa foi de análise documental de relatórios, páginas de divulgação e artigos publicados sobre a avaliação da gestão da saúde bucal na atenção básica. Após, foram selecionados os municípios que participariam do estudo: 11 municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina, localizada na região sul do estado, abrangendo um total de 390.756 habitantes (IBGE, 2011). O percurso metodológico da pesquisa está ilustrado na figura 1.

- FIGURA 1 -

Para determinar a confiabilidade do instrumento de coleta de dados, foi utilizada a técnica do teste-reteste. Nesta situação, o instrumento é aplicado duas vezes a um mesmo grupo de pessoas, com um intervalo de tempo definido entre as aplicações, evitando uma subavaliação em períodos de tempo muito longos e uma superavaliação, no caso de intervalos muito curtos³.

Na primeira aplicação, foi entregue uma cópia impressa do formulário de coleta de dados (figura 2) para o profissional designado

pela gestão municipal para responder à pesquisa. Os formulários dessa etapa foram recolhidos trinta dias após a entrega, seguindo-se a segunda aplicação do mesmo formulário, novamente recolhido trinta dias depois. Nesse momento, foi realizada uma entrevista com o responsável pelo preenchimento, com a finalidade de identificar facilidades, dificuldades, sugestões, e principalmente, imprecisões no preenchimento do formulário, que foram registrados em um roteiro de campo.

- FIGURA 2 -

Dentre os três tipos de validade apontados por Contandriopoulos et al. (1999), a validade de conteúdo foi o tipo utilizado nesse estudo por julgar em que proporção os itens selecionados para medir uma determinada construção teórica representam bem todas as facetas importantes do conceito a ser medido. Esta se refere à análise detalhada do conteúdo do instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra significativa do objeto em avaliação (HERMIDA, et al., 2006, p. 316).

Para analisar a reprodutibilidade, foram considerados os formulários de oito municípios, uma vez que um dos municípios não aceitou participar do estudo, um não participou da primeira coleta de dados, e outro município não participou por se tratar de local de atividade laboral do pesquisador. Para essa análise foi calculada a taxa de concordância bruta entre as respostas da primeira e segunda aplicação do formulário.

As imprecisões nas respostas foram analisadas a partir das entrevistas com os nove municípios da amostra. Na análise das imprecisões, os resultados foram classificados em três tipos de erros identificados: E1, se o enunciado da questão não esclareceu a informação desejada ou permitiu interpretações variadas, considerou-se que a imprecisão foi no conceito; E2, quando a fonte de dados utilizada pelo entrevistado/respondente foi inadequada ou pouco-confiável, considerou-se imprecisão na fonte; E3, a imprecisão estava relacionada ao entrevistado/respondente, quando este não respondeu o formulário impresso, não soube como pesquisar, não teve disposição, errou cálculos/estimativas ou falhou no registro dos dados.

Na última etapa, foi realizada uma oficina de consenso para discussão dos dados. A técnica utilizada foi o Comitê Tradicional. Foram convidados especialistas participantes das pesquisas anteriores ou atores familiarizados com a avaliação em saúde bucal para apresentação do projeto, sua matriz avaliativa, critérios e indicadores, além dos dados coletados e compilados nas etapas anteriores, sob a coordenação de um

dos membros participantes (COLUSSI & CALVO, 2011, p.1732; COLUSSI, 2011, p.78; MEDINA, ET AL., 2005, p.15).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 2363/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas foram agrupadas de acordo com as subdimensões do Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica. A tabela 1 apresenta a taxa de concordância bruta das respostas nas duas coletas realizadas, segundo esses grupos.

- TABELA 1 -

A tabela 2 apresenta a taxa de concordância bruta das respostas nas duas coletas realizadas para cada município e os respectivos percentuais das imprecisões, por tipo de erro encontrado. Um dos municípios não participou de uma das coletas.

- TABELA 2 -

Pela análise dos dados, fica evidente que uma alta taxa de concordância do instrumento não é garantia ou condição suficiente para conferir precisão às respostas do formulário. Um município apresentou percentual muito elevado de imprecisão nas respostas, mais de 65% de respostas equivocadas, com grande concentração de erros relacionados à fonte de dados e ao perfil do respondente. Outros sete municípios apresentaram percentuais elevados, variando de 24 a 49% de imprecisão nas respostas, com distribuição heterogênea do tipo de erro, mas com destaque para o município "5", em que a expressiva concentração das imprecisões ocorreu relacionada ao perfil do respondente. Apenas um município apresentou um percentual de imprecisão inferior a 15%, considerado relativamente baixo para os padrões da amostra.

Em relação à reprodutibilidade, de maneira geral, a taxa de concordância bruta do instrumento foi relativamente alta (87%), mesmo quando esta taxa foi analisada por subdimensão. Apenas na subdimensão Participação Popular encontrou-se um valor um pouco menor do que nas outras dimensões, fato não relacionado ao número de perguntas de cada subdimensão. Mesmo se analisadas por pergunta, os resultados encontrados são bem favoráveis, pois cerca de 1/3 das perguntas apresentou uma taxa de concordância bruta excelente, isto é, não houve discordância entre as coletas realizadas. Isto reforça a confiança na reprodutibilidade do instrumento em questão, mesmo que ainda sejam necessários alguns ajustes para sua aplicação.

Apesar de apresentar um desempenho satisfatório em relação à reprodutibilidade do instrumento, a pesquisa observou aspectos preocupantes quanto ao número de erros encontrados nas coletas com o formulário. A tabela 3 apresenta o percentual das imprecisões encontradas, agrupadas por área definida no modelo e pelo tipo de imprecisão identificada. De maneira geral, o valor indica o percentual do tipo de erro encontrado (E1, E2 ou E3) dentre todas as perguntas da área em questão, considerando todos os municípios selecionados.

- TABELA 3 -

Um índice de quase 36% de imprecisões nas respostas, sejam relacionadas ao conceito, à fonte de dados ou ao perfil do respondente, foi encontrado na consolidação dos dados.

Todas as subdimensões do modelo avaliativo apresentaram algum tipo de imprecisão, sendo que as subdimensões Atuação Intersetorial e Participação Popular apresentaram os maiores percentuais de imprecisão nas respostas às perguntas. Na primeira, o maior número de imprecisões estava relacionado às fontes de dados utilizadas pelos respondentes; na outra subdimensão apontada, os erros aconteceram devido a interpretações equivocadas do conceito expresso pelo indicador e por situações inerentes ao próprio respondente. As imprecisões relacionadas ao perfil do respondente também representaram o maior percentual em uma análise conjunta. As demais subdimensões apresentaram percentuais variáveis dos tipos de imprecisão, mas sempre com tendência maior para um ou outro tipo de erro.

Imprecisão de Conceito (E1)

Os problemas de imprecisão associados a erros de conceito foram detectados nos itens 7, 8, 14, 15, 17, 20 a 22, 26, 29 a 32, 36, 39 e 43. Para equacioná-los, foi proposto que os conceitos fossem esclarecidos no enunciado: a palavra "cantina" nos itens 7 e 8 deve ser substituída por "estabelecimento comercial com venda de alimentos para escolares na escola"; no item 14, o conceito de intersectorialidade deve estar mais claro, destacando o papel da escola na promoção da saúde bucal, sem a presença obrigatória da equipe de saúde; nos itens 15 e 41, a questão da disponibilidade, do acesso e das condições de material educativo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deve estar em evidência; no item 17, a inserção da expressão "...presente nas reuniões de discussão **E/OU** aprovação do relatório de gestão..." facilitará o entendimento do conceito.

No item 20, sugeriu-se que fossem considerados apenas os trabalhadores contratados especificamente para exercer a função de

auxiliar fixo de odontologia, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB), e não remanejados de outra função.

No item 21, existe a necessidade de evidenciar o que deve ser considerado endodontia – apenas obturação de canal radicular completada e não procedimentos gerais relacionados a esta especialidade da Odontologia, além da inserção de uma alternativa que contemple sua realização em mais de um local.

Já no item 22, as alterações propostas consideram o atendimento odontológico realizado na própria Unidade Básica de Saúde e não referenciado para outra unidade (acessibilidade geográfica – proximidade). Nos itens 26 e 32, o destaque apresentado pela oficina de consenso foi que a evidenciação de placa e escovação supervisionada devem ser associadas à prevenção individual e não atreladas à realização de procedimentos coletivos.

O item 29 necessita de esclarecimentos sobre o que deve ser considerado critério de risco para atendimento às crianças; no item 30, o encaminhamento de adolescentes para Saúde Bucal, mesmo que não seja na própria UBS deve ser contabilizado; no item 31, a definição da periodicidade destas atividades visa aumentar a sensibilidade deste indicador (valorizar quem realiza como rotina). Também deve esclarecer que as atividades educativas não se restringem à Aplicação Tópica de Flúor (ATF) e entrega de kits.

No item 39, o enunciado necessita informar que o atendimento odontológico no terceiro turno deve ser considerado a partir das 19 horas; e, no item 43, a proposta de alteração é remover a expressão “visita domiciliar”, pois pode, equivocadamente, remeter à Estratégia Saúde da Família (ESF) somente.

Imprecisão na Fonte de Dados (E2)

Os problemas de imprecisão associados a erros de seleção de fonte de dados foram detectados nos itens 7, 8, 10, 11, 13, 14, 19, 23 e 25 a 27. Para solucioná-los, foi proposta a indicação das fontes preferenciais para coleta dos dados no enunciado da pergunta. Essa informação já está disponível na página eletrônica da avaliação, mas nem sempre os respondentes fazem a consulta oportuna para esse esclarecimento.

Assim, para os itens 7, 8, 13 e 14, sugere-se que a informação seja obtida junto à Secretaria Municipal de Educação ou órgão semelhante; para o item 10, sugeriu-se como fonte de dados o sistema municipal que realiza a cobrança do IPTU/ITR (Imposto Predial e Territorial Urbano/Imposto Territorial Rural), pois as demais

informadas pelos respondentes já estão disponíveis como dado secundário, muito embora apresentem divergências e possam estar desatualizadas. Nesse sentido, a sugestão para o item 11 é apenas reforçar a confirmação das informações com a CASAN/SAMAE ou outro órgão responsável pelo abastecimento municipal de água tratada.

Na questão 19, houve dificuldade em estabelecer uma fonte de dados oportuna e única. Trata-se de uma informação de assiduidade dos profissionais, que deve ser controlada pelos coordenadores de unidades e notificada aos responsáveis pela Saúde Bucal. Todavia, as questões pessoais e institucionais influenciam muito a produção dessa informação, tornando-a pouco precisa. Para esse item, a sugestão é a busca por outra medida para substituição.

Desse modo, não houve ainda proposta de alteração para este indicador. Nos itens 23 e 25, a opção foi pela busca do dado com a Secretaria Municipal de Saúde, o que deve estar expresso no enunciado; no item 26, sugere-se que a confirmação da informação seja realizada através de consulta aos boletins de produção ambulatorial ou ficha clínica no período em questão, o que também ocorreu para o item 27.

Imprecisão relacionada ao Perfil do Respondente (E3)

Os problemas de imprecisão associados a erros do respondente foram detectados nos itens 7 a 9, 11 a 18, 20, 22 a 24, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 36 a 39, 42 a 44 e 46. Para solucioná-los, é possível partir de uma indicação genérica de reforço ao gestor municipal quanto à importância de designar um respondente devidamente informado sobre o assunto, com orientação para recorrer às instâncias indicadas em caso de dúvida.

Como base para esta orientação geral, destacam-se os itens em que o respondente apresentou erros de conceito e de fonte de dados, ou como os itens em que o mesmo respondente utilizou fontes de dados divergentes nas duas coletas. A despreocupação com a verificação das informações também foi recorrente em vários itens, como aqueles em que o respondente informou um determinado dado na primeira coleta e descobriu a resposta correta apenas na segunda vez, ou informou valores por estimativa própria, divergentes nas duas coletas. Destaque-se que várias imprecisões referiram-se ao fato da avaliação ser realizada em um ano, mas com base nos dados do ano anterior, e houve diferença no número de unidades de saúde com atendimento odontológico implantadas em alguns municípios.

Entretanto, apesar de estar bem definido no corpo do instrumento de coleta de dados, para alguns respondentes, em alguns indicadores, faltou atenção durante o preenchimento. Esta falha também se repetiu

com enunciados curtos e simples, que não necessitaram de qualquer alteração.

Indesejáveis para um Cirurgião Dentista da rede de Atenção Básica ou ESF, erros básicos como a desconhecimento sobre a fluoretação ou não das águas de abastecimento, sobre critérios de risco para priorização do atendimento de crianças, sobre a idade de crianças (0 a 12 anos de idade e não até 15) e sobre o que é terceiro turno de atendimento também foram revelados pela pesquisa, reforçando a demanda por um instrumento com alta reprodutibilidade, preciso e em constante aperfeiçoamento, que minimize a influência dos diferentes perfis dos respondentes.

Este aspecto levanta a possibilidade de que a formação curricular, em qualquer nível, ou a compreensão de habilidades gerais, competências e atribuições pertinentes a um Cirurgião Dentista atuante na rede pública seja questionada, pois conhecer o perfil deste profissional é tarefa essencial na adequação de sua formação, através inclusive de ações relacionadas à Atenção à Saúde, a gerenciamento e administração de recursos e à Educação Permanente em Saúde.

Muito embora não seja relacionado à saúde bucal, Prade (2002) desenvolveu e realizou um processo de validação de um instrumento de informação para gerenciamento hospitalar. Com o mesmo propósito desta pesquisa, seu estudo procurou fornecer subsídios para a tomada de decisões gerenciais, avaliando diferentes dimensões do escopo sistêmico da assistência hospitalar no gerenciamento deste. Vários indicadores deste instrumento não obtiveram validação e mesmo a baixa confiabilidade encontrada pode ter sido comprometida pela inaptidão do grupo de examinadores ou pela pouca prática nesse tipo de avaliação. Sugeriu que modificações fossem realizadas, visando garantir a validade deste instrumento e do sistema em questão.

Por sua vez, Stadler (2011), propôs a tradução, adaptação cultural e a validação de um questionário para avaliar o conhecimento e a conduta de médicos em relação à saúde bucal de gestantes. Estes questionários geralmente são formulados e aplicados na língua inglesa. A etapa de validação aconteceu com sua aplicação a um grupo de 36 médicos, residentes ou alunos do último ano de Medicina, em dois momentos, com intervalo de 15 dias. Para testar sua reprodutibilidade, este foi aplicado sob a forma teste-reteste, suas respostas foram analisadas quanto à coerência e concordância, encontrando-se um resultado altamente satisfatório. As alterações que se mostraram necessárias foram feitas nesta etapa. Isso reforça a necessidade de incluir, no planejamento de uma avaliação, estratégias que confirmam

precisão, tanto aos instrumentos utilizados quanto aos indicadores que a compõem.

Mesmo que destinado à área da Enfermagem, Gonçalves e colaboradores (2010, também propuseram uma tradução e validação de um instrumento consagrado na literatura internacional para averiguação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. A etapa de validação com os profissionais da Enfermagem proporcionou, de maneira inovadora, uma estratégia interessante para auxiliar na compreensão dos objetivos e da utilização do instrumento. Uma teleaula, em forma de vídeo explicativo, demonstrou, de forma didática, como deveria ser efetuado o exame bucal e o preenchimento correto do instrumento. Estes profissionais declararam-se, em sua maioria, aptos a aplicar corretamente o instrumento, mas destacaram a necessidade de articular com a instituição espaços de tempo para melhor compreender sua utilização. Além disso, a incorporação gradativa no seu cotidiano de trabalho favoreceria sua melhor utilização.

Talvez essa inovação possa contribuir, significativamente, para minimizar os erros relacionados ao perfil do respondente, maior causa de imprecisões apontada por esta pesquisa. Em formato de vídeo explicativo, uma ferramenta de abrangência estadual, o Telessaúde (conferências realizadas pela internet), fruto da parceria da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), possibilitaria que os profissionais designados pela gestão municipal como respondentes da avaliação de saúde bucal esclarecessem dúvidas de forma interativa, em tempo real, orientando-os quanto ao entendimento e correto preenchimento do formulário eletrônico.

A partir dessas discrepâncias, todos os dados foram consolidados e subsidiaram a realização da uma oficina de consenso com especialistas da área para debater e propor alternativas para a superação destas imprecisões, bem como para ajustar o instrumento de coleta de dados, aumentando sua reprodutibilidade. A modificação de enunciados, a inserção da fonte de dados preferencial, a definição de períodos desejáveis para a informação de dados e a inclusão de explicações nos enunciados das perguntas foram algumas das modificações no instrumento propostas pelos participantes. Destaque-se que as explicações detalhadas da avaliação já ficavam disponíveis em página eletrônica devidamente identificada no corpo do formulário, mas os respondentes não indicaram ter tido acesso a estes padrões. Todas as sugestões foram encaminhadas ao setor responsável na SES-SC para utilização conveniente.

CONSIDERAÇÕES

Em relação à reprodutibilidade, a pesquisa evidenciou a necessidade de rever alguns aspectos importantes, pois a expectativa era que todos apresentassem as mesmas respostas nos formulários quando aplicados em momentos diferentes e respondidos pelo mesmo profissional. Este fato pode indicar diferentes compreensões acerca do conceito expresso no indicador, o uso de fontes divergentes/inadequadas ou problemas relacionados ao próprio respondente. Mesmo assim, se analisadas de acordo com as subdimensões do Modelo de Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica, a reprodutibilidade está em um nível bastante aceitável, acima de 86%. Mesmo assim, reforça-se a necessidade de constante aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados.

Entretanto, ao considerar a precisão, os resultados encontrados apontam para um cuidado ainda maior com o aperfeiçoamento da matriz avaliativa. Dentre as imprecisões identificadas, foi possível perceber que a maioria destas (mais de 15% das respostas ou quase metade das imprecisões) relacionava-se ao perfil do respondente, seja porque não respondeu o formulário impresso, não soube como pesquisar, não teve disposição, errou cálculos/estimativas ou falhou no registro dos dados. Algumas imprecisões retrataram uma realidade preocupante, pois a expectativa é que estes profissionais, ocupantes de cargos de gestão da Saúde Bucal, formalizados ou não, tenham conhecimentos mínimos acerca do seu próprio trabalho, erros indesejáveis para um profissional com tamanha responsabilidade. Reiterando afirmativa anterior, este artigo não tem o intuito de questionar a veracidade das respostas, mas sim contribuir com o aperfeiçoamento de uma matriz avaliativa, verificando a precisão de seus indicadores e validando seu instrumento de coleta de dados para futuras aplicações.

Algumas imprecisões realmente estavam relacionadas ao instrumento, ao indicador, em sua essência, ou à ausência de fontes de dados preferenciais definidas no formulário eletrônico, ou mesmo a fontes inexistentes na prática institucional. A investigação conduzida faz supor que a inserção da fonte de dados preferencial em alguns indicadores pode permitir a padronização das respostas e agregar consistência às respostas das futuras avaliações; e a mudança de enunciado, sem a necessidade de alterar o conceito ou o indicador em questão, pode evitar falhas no preenchimento de futuras avaliações.

Estes ajustes, sejam no próprio indicador ou no instrumento de coleta de dados, podem conferir melhor aproveitamento dos resultados

de outras avaliações em saúde bucal, com dados mais fidedignos e próximos da realidade de cada gestão municipal. A correta utilização dos sistemas de informação em saúde, tanto na alimentação quanto na busca de dados, também pode potencializar o uso das avaliações das ações e serviços relacionados à saúde bucal.

A compreensão e a valorização dos conhecimentos no campo da meta-avaliação e a sua inserção no processo avaliativo, como parte do planejamento, é um passo importante para agregar confiança e permitir o aperfeiçoamento constante de um modelo avaliativo. E esse aperfeiçoamento contribuirá, consideravelmente, com o fortalecimento da saúde bucal como política pública no estado de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

1. COLUSSI, Claudia Flemming. *Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina*. 2010. 299 p. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.
2. COLUSSI, C.F., CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, 2011.
3. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, *et al.* *Saber preparar uma pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999. 215 p.
4. DEMO, Pedro. *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994, 125 p.
5. GONÇALVES, L.H.T.; MELLO, A.L.S.F.; ZIMERMANN, K. Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, v. 14, n. 4, p. 839-847, 2010.
6. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, *et al.* *Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. 409 p.
7. HERMIDA, P.M.V., ARAUJO, I.E.M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 3, p. 314-320, 2006.
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=42>. Acesso em: 17 jul. 2011.
9. MARTINS, G.A. Sobre Confiabilidade e Validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.
10. MEDINA, Maria Guadalupe, *et al.* Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. (orgs). *Avaliação em Saúde*. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro / Salvador: Editora FIOCRUZ / EDIUFBA, 2005, p. 41 – 63.

11. NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina. Apresenta o projeto e permite que os municípios tenham acesso aos formulários e relatórios da avaliação. Disponível em: <<http://www.nepas.ufsc.br>>. Acesso em: 20 jul. 2011.
12. PRADE, Sandra Suzana. *Desenvolvimento e validação de um instrumento de informação para a assessoria do programa de controle de infecção às decisões do dirigente hospitalar*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
13. STADLER, Amanda Finger. *Tradução e validação de um questionário de saúde bucal a médicos, obstetras e residentes em obstetrícia*. 2011. 126 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
14. WORTHEN, Blaine R., *et al.* Meta-Avaliação. In: *Avaliação de Programas-Concepções e Práticas*. São Paulo: Gente; 2004. p.593-618.

FIGURA 1: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.

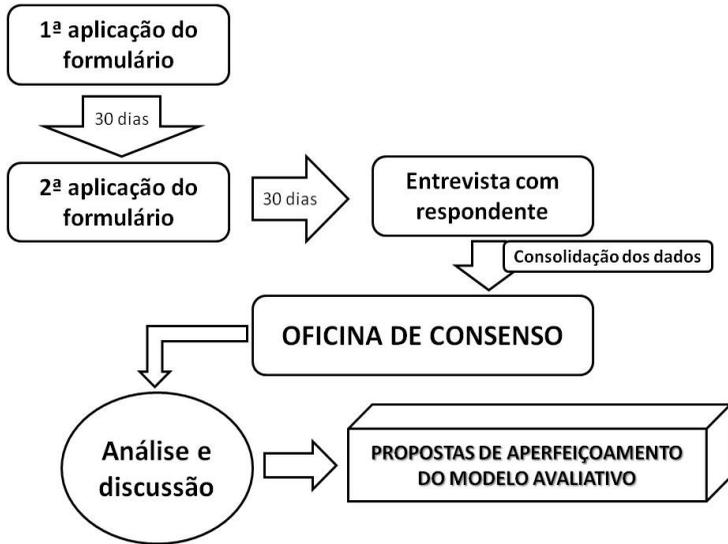


FIGURA 2 - PERGUNTAS DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

<p><u>Perguntas de identificação:</u> 1) Município respondente; 2) CNPJ do município; 3) Nome completo do respondente; 4) Cargo do respondente; 5) E-mail do respondente; 6) Telefone para contato;</p>	<p><u>Perguntas de Saúde Bucal em Adolescentes (de 10 a 19 anos)</u> 30) Quantas Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes de 10-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal? 31) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativas em Saúde Bucal para adolescentes, na Unidade de Saúde ou nas escolas de sua área de abrangência, em 2011? 32) Quantas Unidades de Saúde realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta na idade de 10-19 anos em 2011? 33) Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 10-19 anos</p>
<p><u>Perguntas da Atuação Intersetorial</u> 7) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) no município que possuem cantina. 8) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental no município com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2011. 9) Existe fluoretação da água de</p>	

abastecimento público no município?

10) Qual o número total de domicílios no município em 2011?

11) Qual o número de domicílios com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público (CASAN/SAMAE) em 2011?

12) Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2011?

13) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2011.

14) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2011.

Perguntas da Participação Popular

15) Número de Unidades de Saúde que atualmente disponibilizam material educativo e/ou informativo em Saúde Bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.).

16) Na última Conferência Municipal de Saúde, houve pelo menos uma deliberação referente à Saúde Bucal?

17) Esteve presente representante da equipe técnica de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2011?

18) O município financiou a ida de algum delegado dentista na última Conferência Estadual de Saúde?

Perguntas de Recursos Humanos

foram agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, em 2011?

34) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos:

35) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos:

Perguntas de Saúde Bucal em Adultos (de 20 a 59 anos)

36) Quantas Unidades de Saúde que possuem atualmente material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)?

37) A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2011?

38) De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2011? Marque as opções abaixo: a) Na atenção básica do município pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família. b) Na atenção secundária (especializada) do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS. c) Na atenção secundária (especializada) FORA do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS. d) Não foi disponibilizado

procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia em 2011.

39) Número de Unidades de Saúde no município com atendimento

19) Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico devido à falta de profissional (por licença-saúde, atestado, falta ou outro motivo) por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2011?

20) Número total de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2011.

Perguntas de Infraestrutura

21) Em 2011, os procedimentos de endodontia foram realizados: a) No próprio município; b) em local a menos de 50 km; c) em local a mais de 50 km; d) Não foram realizados.

22) Número de Unidades de Saúde municipais com atendimento odontológico, incorporado a equipe de saúde da família ou não, em dezembro de 2011.

23) Número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em dezembro de 2011.

24) A alocação de ações e serviços de saúde bucal é realizada a partir de critério de risco da população residente?

Perguntas de Saúde Bucal em Crianças (0 a 9 anos)

25) Número de Unidades de Saúde que realizavam atividade com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD), em 2011.

26) Número de Unidades de Saúde que realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança em 2011.

odontológico no terceiro turno (período noturno) em dezembro de 2011.

40) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 20-59 anos:

41) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 20-59 anos:

Perguntas de Saúde Bucal em Idosos (de 60 anos ou mais)

42) Número de Unidades de Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2011.

43) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativo-preventiva em Saúde Bucal e/ou atendimento clínico em visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados) no ano de 2011?

44) Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de atendimento ou agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) em dezembro de 2011?

45) Número total de procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos:

46) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos:

47) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos:

- 27) Na programação do agendamento da saúde bucal, qual percentual de consultas destinadas para criança no agendamento em 2011?
- 28) Número de Unidades de Saúde em que o dentista atende crianças de 0-6 anos de idade em 2011.
- 29) Número de Unidades de Saúde que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2011.

TABELA 1: PERCENTUAL MÉDIO DE CONCORDÂNCIA BRUTA PARA OS GRUPOS DE PERGUNTAS NO FORMULÁRIO.

Grupo da pergunta	Número de perguntas no grupo	% médio de concordância
Atuação Intersetorial	8	84,38
Participação Popular	4	75,00
Recursos Humanos	2	81,25
Infraestrutura	4	84,31
Saúde Bucal em Crianças	5	82,50
Saúde Bucal em Adolescentes	6	93,63
Saúde Bucal em Adultos	6	93,58
Saúde Bucal em Idosos	6	91,50
Total	41	86,82

TABELA 2: PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA E IMPRECIÇÕES – TIPOS DE ERROS, SEGUNDO MUNICÍPIO.

MUNICÍPIO	CONCORDÂNCIA	IMPRECIÇÕES			
		E1	E2	E3	E1+E2+E3
1	85,37	4,88	14,63	9,76	29,27
2	100,00	14,63	7,32	7,32	29,27
3	100,00	4,88	7,32	12,20	24,39
4	92,68	2,44	7,32	4,88	14,63
5	87,80	2,44	2,44	43,90	48,78
6	53,66	12,20	26,83	26,83	65,85
7	-	17,07	7,32	12,20	36,59
8	97,56	17,07	4,88	12,20	34,15
9	78,05	19,51	7,32	12,20	39,02
TOTAL	86,89	10,57	9,49	15,72	35,77

TABELA 3: PERCENTUAL DE IMPRECIÇÕES SEGUNDO TIPO E GRUPO DA PERGUNTA.

GRUPO DA PERGUNTA	TIPO DE IMPRECIÇÃO			TOTAL (E1+E2+E3)
	E1	E2	E3	
Atuação Intersetorial	8,33	37,50	12,50	58,33
Participação popular	19,44	-	27,78	47,22
Recursos Humanos	5,56	22,22	5,56	33,33
Infraestrutura	11,11	2,78	16,67	30,56
Saúde Bucal em Crianças	6,67	6,67	22,22	35,56
Saúde Bucal em Adolescentes	9,26	-	14,81	24,07
Saúde Bucal em Adultos	22,22	-	14,81	37,04
Saúde Bucal em Idosos	1,85	-	11,11	12,96
Total	10,57	9,49	15,72	35,77

E1: Erro conceitual; E2: Uso de fonte inadequada; E3: Erro associado ao respondente.

6. CONSIDERAÇÕES

A análise da matriz avaliativa do modelo de Avaliação da Gestão Municipal em Saúde Bucal na Atenção Básica de Santa Catarina sob a ótica da precisão de seu instrumento de coleta de dados e de seus indicadores corrobora a necessidade do constante aprimoramento das avaliações de maneira geral. Aceitar que atores diferentes possuem percepções e interpretações diferentes, e que municípios de maior ou menor porte merecem ser considerados como tal, somam-se ao insistente esforço dos setores responsáveis em proporcionar a institucionalização da avaliação.

De fato, a avaliação como campo de conhecimento vem conquistando seu espaço, não para provar, “*but to improve*” ou para melhorar, tornando-se ferramenta ou instrumento indispensável para uma gestão comprometida com o sucesso e com a sua responsabilidade, tratando-se de saúde bucal. Toda a avaliação tem um custo, mas não necessariamente um valor. E seu valor depende da sua utilização. Evidências científicas seriam naturalmente utilizadas pelos tomadores de decisão num modelo linear ligando os estudos à implementação de ações de qualidade e aos resultados esperados. Atualmente, variados e legítimos aspectos como interesses, valores, motivações e recursos, estão implicados nas decisões políticas e nos usos da avaliação para tomada de decisões. Compreende-se que uma avaliação não se traduza automaticamente em ações, mas, como qualquer política ou intervenção, deva ser questionada em relação aos seus objetivos, inserção institucional, custos e conseqüências, positivas ou negativas, pelos interessados e envolvidos na intervenção e na avaliação, ou aqueles afetados por seus resultados.

A insistência de continuar fomentando o desenvolvimento de ações como a avaliação proposta pela SES-SC vem produzindo frutos interessantes, como a disposição de alguns municípios em modificar suas rotinas de registro de procedimentos, por conta própria, mesmo sem a obrigatoriedade ou possibilidade de fazer este registro nos sistemas de informação em saúde. Essa atitude é louvável e demonstra a preocupação da gestão em planejar suas ações e estratégias, executando-as baseadas em evidências, mesmo que de forma incipiente. Que sirva de exemplo àquelas gestões limitadas à obrigatoriedade que os níveis superiores outorgam sobre seus serviços, que saiam da zona de conforto e busquem oferecer mais e melhor à saúde bucal sob sua responsabilidade.

A inclusão de padrões ou *rationales* às questões dos instrumentos de coleta de dados facilitará, indubitavelmente, a compreensão e a obtenção de dados reais e confiáveis. Isto conferirá maior consistência às análises realizadas sobre estes dados, produzindo informações relevantes para o processo avaliativo e, mais ainda, para a gestão municipal de saúde bucal, objeto deste projeto da SES-SC.

Como já previsto em avaliações anteriores, a realização de ajustes e aperfeiçoamentos nos indicadores e mesmo no formulário de coleta de dados eletrônico, enquadrada nesta pesquisa como uma meta-avaliação, deve ser intrínseca à construção de projetos como este. Seja sob a ótica da utilidade, da viabilidade, da propriedade ou mesmo da precisão, a avaliação de processos avaliativos é enriquecedora, pois promoverá o desenvolvimento positivo da gestão municipal e da própria avaliação em si. Construindo indicadores e instrumentos mais acurados, conceitualmente bem definidos, com as explicações suficientes e necessárias para sua compreensão, como as alterações propostas pelos participantes da oficina de consenso, ou mesmo considerando o contexto do objeto sob avaliação e do respondente, como a sua função, coordenador ou “indicação do secretário”, será possível superar influências negativas, filtrando as informações essenciais. Isso será reforçado se todos os sujeitos sociais envolvidos estiverem bem conscientes e comprometidos com os objetivos da avaliação.

Em resposta à pergunta avaliativa proposta por esta pesquisa, o instrumento e seus indicadores apresentam um grau de reprodutibilidade bastante considerável, porém, demandam ajustes e correções para obter o mesmo desempenho em relação à sua precisão. Isto de maneira alguma invalida o teor das avaliações já realizadas, apenas aponta o caminho para o aperfeiçoamento contínuo, possibilitando o uso processual das avaliações em saúde bucal no Estado de Santa Catarina. Este uso processual refere-se e é indicado pelas mudanças individuais, de pensamento e comportamento, e mudanças programáticas ou organizacionais nas práticas e cultura que ocorre entre os envolvidos, como resultado da aprendizagem que se concretiza durante o processo avaliativo.

O desenvolvimento de métodos, critérios e instrumentos de coleta válidos e confiáveis, bem como a sistematização adequada de dados, permitirá a consolidação e a interpretação consistente, seja esta análise quantitativa e/ou qualitativa. Reitera-se a percepção que uma meta-avaliação não necessariamente deverá questionar a veracidade dos dados, produto de uma auditoria ou regulação, mas sim contribuir com o aperfeiçoamento do processo, de forma asséptica. A avaliação, sendo

uma intervenção, tal como uma política ou programa, deve ela mesma ser avaliada. E nesse sentido, a meta-avaliação tende a agregar valor e fomentar a apropriação da avaliação não como burocracia pontual, mas como prática cotidiana, inerente ao promover saúde.

Ainda que a avaliação seja entendida como um processo e não como um evento e esteja em um momento de aceitação e apropriação por parte dos gestores municipais e dos próprios trabalhadores, sua relevância é inquestionável e emerge a necessidade de elevá-la a níveis superiores de institucionalização, inalcançáveis por influências negativas como períodos eleitorais, antipatias pessoais, descompromisso com o SUS ou conflito de interesses. As decisões, tanto de gestores e planejadores como dos clínicos, devem estar baseadas em conhecimentos científicos sólidos. Além disso, tais atores devem reconhecê-la como estratégia importante a ser promovida, melhorando a eficiência de um sistema de saúde, isto é, compreender que a mudança positiva do desempenho do sistema passa pela melhoria dos processos de decisão e esta, pela validade das informações que a subsidiam.

7. REFERÊNCIAS

ABREU, S. C. C. Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família na zona leste do município de São Paulo. São Paulo, 2008.

AERTS, D. ABEGG, C. CESA, K. O papel do Cirurgião Dentista no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

ALEXANDRE, N.M.C. COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3061-3068, 2011.

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 (SUS) em nível local. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2006.

ALVES-SOUZA, R.A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1381-1388,set./out., 2003.

AMREC. Associação dos Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina. Disponível em:<www.amrec.com.br>. Acessado em 20/07/2011.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, mar., 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Portaria nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial**, Brasília, n.201, seção 1, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1999.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n° 1.444 de 29 de dezembro de 2000. **Diário Oficial**, Brasília, n.601, seção 1, p.85, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. **Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Portaria n° 673 de 03 de junho de 2003. **Diário Oficial**, Brasília, n.106, seção 1, p.44, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados Principais. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3.^a **Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma Conquista Histórica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial**, Brasília, n.61, seção 1, p.71, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica**, nº17. Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, p.08-97, 2008b.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Estabelece as prioridades, objetivos, metas, e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Portaria no 2.669 de 3 de novembro de 2009. **Diário Oficial**, Brasília, n.212, seção 1, p.58, 2009a.

_____, Conselho Federal de Odontologia. Altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução nº 85 de 30 de janeiro de 2009. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, n.27, seção 1, p.124, 2009b.

_____. DATASUS. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>, acessado em 03/07/2011a.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Portaria no 1.654 de 19 de julho de 2011. **Diário Oficial**, Brasília, n.138, seção 1, p.79, 2011b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes Pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011. Brasília, Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 134 p., 2012.

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

CALVO, M.C.M. **Rationale**: orientação para desenvolvimento de dissertação, 15/07/2011.

CASTRO, R.D. **Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional**. 2007. 63 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1119-1131, mai., 2007.

COLUSSI, C.F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 04/02/2010. 299 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al.. 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. 131 p.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. CHAMPAGNE, F. POTVIN, L. DENIS, J.L. BOYLE, P. Saber preparar uma pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, mar.2006.

DAVOK, D.F. Qualidade em Educação. **Avaliação**, Campinas. Sorocaba, v. 12, n. 3, p. 505-513, set 2007.

DEMING, W. E. **Out of the crisis**. Massachusetts: MIT Press, 1986.

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p.33-39, 1994.

ELIAS, P.E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p. 41-46, 2004.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):35-41, 2008.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.3, p.463-471, 2009.

FUJINAGA, C. I. et al. . Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 8, n. 4, dez., 2008.

GIOVANELLA, L. et al.. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.107-140, p.547-573, p.705-734.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.19-70, 2008.

HERMIDA, P. M. V.; ARAUJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 3, jun, 2006.

IBGE. Dados do Censo 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=42, acessado em 17/07/2011.

LESSA, C. F. M. **Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará: análise histórica documental e evolução temporal dos indicadores de saúde bucal**. 15/10/2008. 77 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fortaleza, 2008.

LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, set, 2010.

MARTINS, G.A. Sobre Confiabilidade e Validade. In: RGBN, São Paulo, Vol.8, n.20, p.1-12, jan./abr. 2006.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R. & HARTZ, Z.M.A. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. (orgs). **Avaliação em Saúde**. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro / Salvador: Editora FIOCRUZ / EDIUFBA, pp. 41 – 63. (2005).

MOYSÉS, S. J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L.M. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 705 – 734, 2008.

NARVAI, P.C. **Saúde Bucal: Assistência ou Atenção?** (Documento Técnico), 10 p., 1992.

_____, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. Ed. Hucitec. São Paulo, 1994.

NEPAS. Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina. Apresenta o projeto e permite que os municípios tenham acesso aos formulários e relatórios da avaliação. Disponível em: <www.nepas.ufsc.br>. Acessado em: 20/07/2011.

NICKEL, D.A. CAETANO, J.C. CALVO, M.C.M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 9(3):373-379, set./dez. 2009.

PILATTI, L.A. et al. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: um Debate Necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, 3(1):81-91, jan./abr. 2010.

PIMENTEL, F.C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):2189-2196, 2010.

PUCCA JR., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.243-246, mar. 2006.

RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L.E.P.F.; CHAVES, S.C.L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 295-302, fev., 2008.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, 2007.

VASCONCELOS, E.M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Saúde em Debate** 1999; 23(53):6-19.

WORTHEN, B.R. SANDERS, J.R. FITZPATRICK, J.L. Como Avaliar Avaliações. In: *Avaliação de Programas-Concepções e Práticas*. São Paulo: Editora Gente, 736 pgs, p.593-618, 2004.

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA AOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado em Saúde Coletiva
AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO
CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA: PRECISÃO DO
INSTRUMENTO DE PESQUISA

Anualmente, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina realiza a Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica de Santa Catarina, com o objetivo de aprimorar a gestão de saúde bucal dos municípios catarinenses. Essa avaliação faz uso de coleta de dados através de formulário eletrônico, o que dificulta a validação das respostas oferecidas e possibilita que alguns indicadores não retratem com precisão o que se quer avaliar. Então, o problema que se apresenta para esta pesquisa é investigar se os indicadores e o instrumento de pesquisa utilizados retratam com precisão as informações necessárias para o modelo de avaliação proposto, subsidiando seu aperfeiçoamento.

Não há intenção de questionar a veracidade das respostas fornecidas. O objetivo da pesquisa é validar o instrumento de pesquisa e seus indicadores, verificando a consistência entre indicadores e instrumento de coleta de dados utilizados para a avaliação. Serão convidados a participar da pesquisa os onze municípios integrantes da Região Carbonífera de Santa Catarina. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH UFSC) sob o parecer nº 2363/2011.

A pesquisa será realizada em quatro etapas, a partir de Janeiro de 2012, considerando a coleta de dados através de formulário eletrônico, com dados correspondentes ao ano de 2011. Também estão previstas uma visita de campo aos municípios para a realização de entrevistas com os responsáveis pela pesquisa no município participante, preferencialmente, o Coordenador Municipal de Saúde Bucal, e a realização de oficinas de consenso com especialistas da área de avaliação em saúde bucal para análise dos dados encontrados e possíveis correções dos indicadores ou do formulário eletrônico. Isto determinará

a precisão do instrumento de coleta de dados e permitirá uma nova avaliação dos municípios participantes com os indicadores reformulados, se necessário, subsidiando o aperfeiçoamento deste projeto a nível estadual.

A colaboração de seu município é muito importante, mas a decisão em participar é sua. Para tanto, leia atentamente estas informações. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você ou ao seu município. Se concordar em participar, basta preencher com os seus dados e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, concordando com a pesquisa. Este será enviado antes de iniciarem as primeiras coletas via formulário digital. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, os dados pessoais não serão mencionados. As instituições não serão identificadas.

Se, no transcorrer da pesquisa, tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar, poderá procurar por Diego Anselmi Pires, responsável pela pesquisa nos telefones (48) 9994 1914 / (48) 3469 0150 ou no endereço eletrônico diegoapsc@hotmail.com.

Agradeço pela atenção, compreensão e apoio.

Pesquisador principal: Diego Anselmi Pires (Mestrando em Saúde Coletiva)

Pesquisadora responsável e orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo

Pesquisadora responsável e co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Flemming Colussi

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado em Saúde Coletiva
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA: PRECISÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa. Sua colaboração é muito importante, mas a decisão em participar é sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida poderá esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Agradeço pela atenção, compreensão e apoio.

1- O estudo se refere a uma Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica da Região Carbonífera de Santa Catarina e à validação de seu instrumento de coleta. Será uma avaliação baseada na matriz avaliativa do Projeto de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica de Santa Catarina.-Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, para sua apreciação, tendo sido aprovado conforme parecer nº 2363/2011.

2- A pesquisa tem importância visto que, após quatro anos de desenvolvimento do projeto de parceria da Secretaria de Estado da Saúde e do Núcleo de Extensão em Pesquisa e Avaliação em Saúde da UFSC (NEPAS UFSC), alguns detalhes merecem atenção, como a opção pela coleta de dados via formulário eletrônico, a qual não permite a validação das respostas oferecidas nessa modalidade de coleta. Desta

forma, alguns indicadores podem não retratar com precisão o que se quer avaliar. Então, a pergunta avaliativa proposta é: “Os indicadores e o instrumento de pesquisa retratam com precisão as informações que o modelo proposto se dispõe a avaliar”?

3- Por esse motivo, esta pesquisa busca validar o instrumento de pesquisa e seus indicadores e não visa questionar a veracidade das respostas, mas a consistência dos indicadores e do instrumento utilizados para a avaliação.

4- Serão convidados a participar da pesquisa os onze municípios integrantes da Região Carbonífera de Santa Catarina.

5- Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa será realizada em cinco etapas, considerando a coleta de dados através de formulário eletrônico ou impresso, em duas etapas, com intervalo de 30 dias entre elas, visando apurar a reprodutividade do instrumento. Após a consolidação dos dados coletados nestas duas etapas, uma visita de campo aos municípios para a realização de entrevistas com o responsável pela pesquisa no município participante está programada para detectar limitações, incompatibilidades ou mesmo dificuldades e facilidades no preenchimento deste instrumento de coleta de dados. *A posteriori*, a realização de oficinas de consenso com especialistas da área de avaliação em saúde bucal para análise dos dados encontrados e possíveis correções dos indicadores ou do instrumento de coleta de dados determinará a precisão destes. A seguir, uma nova avaliação dos municípios participantes será realizada com os indicadores reformulados, se necessário, subsidiando o aperfeiçoamento deste projeto a nível estadual.

6- A utilização de dados secundários será realizada através do acesso aos bancos de dados do Sistema de Informações em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

7- Terás a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, seus dados pessoais não serão mencionados. As instituições não serão identificadas.

8- Se, no transcorrer da pesquisa, tiveres alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar, poderás contactar Diego Anselmi Pires, responsável pela pesquisa nos telefones (48) 9994 1914 / (48) 3469 0150 ou no endereço eletrônico diegoapsc@hotmail.com.

9- Ao final da pesquisa, tomarás conhecimento dos resultados do município pelo qual respondes através de contato com o pesquisador.

DECLARO, outrossim, que após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____ de _____ de 2012.

Eu,

_____, residente e domiciliado em _____, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA: PRECISÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA”.

Pesquisador principal: Diego Anselmi Pires (Mestrando em Saúde Coletiva)

Pesquisadora responsável e orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo

Pesquisadora responsável e co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Flemming Colussi

APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL ATUALIZADO

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

INSTRUÇÕES

Prezado(a) participante:

Este é o formulário de coleta de dados do PROJETO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA. O formulário está dividido em nove seções. As quatro primeiras seções contêm perguntas sobre a Gestão da Atenção em Saúde Bucal (Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infra-estrutura). Uma seção contém perguntas sobre os atendimentos ambulatoriais em saúde bucal. Outras quatro seções referem-se ao Provimento da Atenção em Saúde Bucal, com perguntas relativas à atenção à saúde da criança, adolescente, adulto e idoso. Algumas informações deverão ser buscadas junto a outras secretarias.

A última seção refere-se à consulta pública, ou seja, um espaço para o município manifestar sua opinião sobre a avaliação da atenção em saúde bucal e apresentar sugestões para as avaliações futuras. Comente sobre a facilidade de coleta de dados, a qualidade dos dados e a adequação dos indicadores.

Para conhecer detalhadamente a avaliação acesse: http://nepas.ufsc.br/?page_id=38.

Para o preenchimento do formulário observe os seguintes aspectos:

1. As informações solicitadas se referem ao ano passado, 2011. Observe com atenção o período solicitado nas perguntas para que o município não seja prejudicado na avaliação.
2. O formulário eletrônico utilizado em pesquisas anteriores não permite o preenchimento parcial, devendo o mesmo ser realizado em um único momento. Por isso sugere-se a leitura e a aplicação do formulário impresso, entregue pelo pesquisador principal ao responsável pela pesquisa no município, para proceder à coleta dos dados.
3. O formulário deverá ser preenchido até o dia 15 de março de 2012. Solicita-se que seja respeitado este prazo para a devolução do formulário ao pesquisador principal.

Para esclarecimentos, entre em contato com o pesquisador principal através dos telefones (48) 9994 1914 e (48) 3045 1369, ou através do e-mail diegoapsc@hotmail.com.

Pesquisador principal: Diego Anselmi Pires (Mestrando em Saúde Coletiva)

Pesquisadora responsável e orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo

Pesquisadora responsável e co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Flemming Colussi

1) Município respondente

2) E-mail do respondente

3) CNPJ do município

Dados do responsável pelo preenchimento

4) Nome completo

5) Cargo

6) Telefone para contato:

A - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Atuação Intersetorial

7) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) no município que possuem cantina?

8) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental no município com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2011?

9) Existe fluoretação da água de abastecimento público no município?

a) SIM

b) NÃO

10) Qual o número total de domicílios no município em 2011?

11) Qual o número de domicílios com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público (CASAN/SAMAE) em 2011?

12) Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2011?

- a) SIM
- b) NÃO

13) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2011?

14) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2011?

B - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Participação Popular

15) Número de Unidades de Saúde que atualmente disponibilizam material educativo e/ou informativo em Saúde Bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)

16) Na última Conferência Municipal de Saúde, houve pelo menos uma deliberação referente à Saúde Bucal?

- a) SIM
- b) NÃO

17) Esteve presente representante da equipe técnica de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2011?

- a) SIM
- b) NÃO

18) O município financiou a ida de algum delegado dentista na última Conferência Estadual de Saúde?

- a) SIM
- b) NÃO

C - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Recursos Humanos

19) Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico devido à falta de profissional (por licença-saúde, atestado, falta ou outro motivo) por mais de dois dias consecutivos,

no ano de 2011?

20) Número total de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2011?

D - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Infra-estrutura

21) Em 2011, os procedimentos de endodontia foram realizados:

- a) No próprio município;
- b) em local a menos de 50 km;
- c) em local a mais de 50 km;
- d) Não foram realizados.

22) Número de Unidades de Saúde municipais com atendimento odontológico, incorporado a equipe de saúde da família ou não, em dezembro de 2011?

23) Número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em dezembro de 2011?

24) A alocação de ações e serviços de saúde bucal é realizada a partir de critério de risco da população residente?

- a) SIM
- b) NÃO

Quanto ao atendimento ambulatorial realizado em 2009, informe:

25) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos:

26) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos:

27) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 20-59 anos:

28) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 20-59 anos:

29) Número total de procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos:

30) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos:

31) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos:

E - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Crianças (0 a 12 anos)

32) Número de Unidades de Saúde que realizavam atividade com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD), em 2011?

33) Número de Unidades de Saúde que realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança em 2011?

34) Na programação do agendamento da saúde bucal, qual percentual de consultas destinadas para criança no agendamento em 2011?

Caso não haja agendamento programado por faixa etária no município, escreva por extenso no campo: 'não há agendamento'.

35) Número de Unidades de Saúde em que o dentista atende crianças de 0-6 anos de idade em 2011?

36) Número de Unidades de Saúde que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2011?

F - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adolescentes (de 13 a 19 anos)

37) Quantas Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes de 13-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal?

38) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativas em Saúde Bucal para adolescentes, na Unidade de Saúde ou nas escolas de sua área de abrangência, em 2011?

39) Quantas Unidades de Saúde realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta na idade de 13-19 anos em 2011?

40) Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 13-19 anos foram agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, em 2011?

G - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adultos (de 20 a 59 anos)

41) Quantas Unidades de Saúde que possuem atualmente material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)?

42) A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2011?

- a) SIM
- b) NÃO

43) De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2011? Marque as opções abaixo:

- a) Na atenção básica do município pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família.
- b) Na atenção secundária (especializada) do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS.
- c) Na atenção secundária (especializada) FORA do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS.
- d) Não foi disponibilizado procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia em 2011.

44) Número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico no terceiro turno (período noturno) em dezembro de 2011?

H - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Idosos (60 anos ou mais)

45) Número de Unidades de Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2011?

46) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativo-preventiva em Saúde Bucal e/ou atendimento clínico em visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados) no ano de 2011?

47) Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de atendimento ou agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) em dezembro de 2011?

APÊNDICE 4 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL ATUALIZADO (SEGUNDA COLETA)

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

INSTRUÇÕES

Prezado(a) participante:

Este é o formulário de coleta de dados do PROJETO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA. O formulário está dividido em nove seções. As quatro primeiras seções contêm perguntas sobre a Gestão da Atenção em Saúde Bucal (Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infra-estrutura). Uma seção contém perguntas sobre os atendimentos ambulatoriais em saúde bucal. Outras quatro seções referem-se ao Provimento da Atenção em Saúde Bucal, com perguntas relativas à atenção à saúde da criança, adolescente, adulto e idoso. Algumas informações deverão ser buscadas junto a outras secretarias.

A última seção refere-se à consulta pública, ou seja, um espaço para o município manifestar sua opinião sobre a avaliação da atenção em saúde bucal e apresentar sugestões para as avaliações futuras. Comente sobre a facilidade de coleta de dados, a qualidade dos dados e a adequação dos indicadores.

Para conhecer detalhadamente a avaliação acesse: http://nepas.ufsc.br/?page_id=38.

Para o preenchimento do formulário observe os seguintes aspectos:

1. As informações solicitadas se referem ao ano passado, 2011. Observe com atenção o período solicitado nas perguntas para que o município não seja prejudicado na avaliação.
2. O formulário eletrônico utilizado em pesquisas anteriores não permite o preenchimento parcial, devendo o mesmo ser realizado em um único momento. Por isso sugere-se a leitura e a aplicação do formulário impresso, entregue pelo pesquisador principal ao responsável pela pesquisa no município, para proceder à coleta dos dados.
3. O formulário deverá ser preenchido até o dia 15 de Abril de 2012. Solicita-se que seja respeitado este prazo para a devolução do formulário ao pesquisador principal.

Para esclarecimentos, entre em contato com o pesquisador principal através dos telefones (48) 9994 1914 e (48) 3045 1369, ou através do e-mail diegoapsc@hotmail.com.

Pesquisador principal: Diego Anselmi Pires (Mestrando em Saúde Coletiva)

Pesquisadora responsável e orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo

Pesquisadora responsável e co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Flemming Colussi

1) Município respondente

2) E-mail do respondente

3) CNPJ do município

Dados do responsável pelo preenchimento

4) Nome completo

5) Cargo

6) Telefone para contato:

A - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Atuação Intersetorial

7) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) no município que possuem cantina?

8) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental no município com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2011?

9) Existe fluoretação da água de abastecimento público no município?

- a) SIM
- b) NÃO

10) Qual o número total de domicílios no município em 2011?

11) Qual o número de domicílios com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público (CASAN/SAMAE) em 2011?

12) Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2011?

- a) SIM
- b) NÃO

13) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2011?

14) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2011?

B - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Participação Popular

15) Número de Unidades de Saúde que atualmente disponibilizam material educativo e/ou informativo em Saúde Bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)

16) Na última Conferência Municipal de Saúde, houve pelo menos uma deliberação referente à Saúde Bucal?

- a) SIM
- b) NÃO

17) Esteve presente representante da equipe técnica de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2011?

- a) SIM
- b) NÃO

18) O município financiou a ida de algum delegado dentista na última Conferência Estadual de Saúde?

- a) SIM
- b) NÃO

C - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Recursos Humanos

19) Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico devido à falta de profissional (por licença-saúde, atestado, falta ou outro motivo) por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2011?

20) Número total de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2011?

D - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Infra-estrutura

21) Em 2011, os procedimentos de endodontia foram realizados:

- a) No próprio município;
- b) em local a menos de 50 km;
- c) em local a mais de 50 km;
- d) Não foram realizados.

22) Número de Unidades de Saúde municipais com atendimento odontológico, incorporado a equipe de saúde da família ou não, em dezembro de 2011?

23) Número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em dezembro de 2011?

24) A alocação de ações e serviços de saúde bucal é realizada a partir de critério de risco da população residente?

- a) SIM
- b) NÃO

Quanto ao atendimento ambulatorial realizado em 2009, informe:

25) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos:

26) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos:

27) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 20-59 anos:

28) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 20-59 anos:

29) Número total de procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos:

30) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos:

31) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos:

E - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Crianças (0 a 12 anos)

32) Número de Unidades de Saúde que realizavam atividade com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD), em 2011?

33) Número de Unidades de Saúde que realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança em 2011?

34) Na programação do agendamento da saúde bucal, qual percentual de consultas destinadas para criança no agendamento em 2011?

Caso não haja agendamento programado por faixa etária no município, escreva por extenso no campo: 'não há agendamento'.

35) Número de Unidades de Saúde em que o dentista atende crianças de 0-6 anos de idade em 2011?

36) Número de Unidades de Saúde que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2011?

F - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adolescentes (de 13 a 19 anos)

37) Quantas Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes de 13-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal?

38) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativas em Saúde Bucal para adolescentes, na Unidade de Saúde ou nas escolas de sua área de abrangência, em 2011?

39) Quantas Unidades de Saúde realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta na idade de 13-19 anos em 2011?

40) Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 13-19 anos foram agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, em 2011?

G - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adultos (de 20 a 59 anos)

41) Quantas Unidades de Saúde que possuem atualmente material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)?

42) A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2011?

a) SIM

b) NÃO

43) De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2011? Marque as opções abaixo:

a) Na atenção básica do município pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família.

b) Na atenção secundária (especializada) do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS.

c) Na atenção secundária (especializada) FORA do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS.

d) Não foi disponibilizado procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia em 2011.

44) Número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico no terceiro turno (período noturno) em dezembro de 2011?

H - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Idosos (60 anos ou mais)

45) Número de Unidades de Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2011?

46) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativo-preventiva em Saúde Bucal e/ou atendimento clínico em visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados) no ano de 2011?

47) Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de atendimento ou agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) em dezembro de 2011?

APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE CAMPO PARA AVALIAÇÃO DE
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO
CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA: PRECISÃO DO
INSTRUMENTO DE PESQUISA
DIEGO ANSELMI PIRES**

**ROTEIRO DE CAMPO PARA AVALIAÇÃO DE
INSTRUMENTO DE PESQUISA**

**Projeto de Avaliação da Gestão da Saúde Bucal na Atenção Básica
de Santa Catarina (itens a serem avaliados na visita aos municípios
e nas oficinas)**

Município:

Responsável:

**Considerações sobre preenchimento eletrônico em pesquisas
anteriores:**

Item 1

Item 2

Item 3

Item 4

Item 5 – Quem foi escolhido como responsável? Por quê?

Cargo: verificar a escolha do responsável pela pesquisa (Secretário de Saúde, Coordenador SB, Coordenador SF, Cirurgião Dentista da ESF, Cirurgião Dentista da rede de AB, pessoal técnico/auxiliar ou outro funcionário).

Item 6

Item 7 – O que é considerado cantina pelo respondente, cozinha/refeitório ou estabelecimento comercial dentro das escolas? Neste caso, quem administra o estabelecimento (APP, escola, iniciativa privada)?

Item 8 - Que tipo de controle é realizado (qualidade dos alimentos, quantidade ofertada, comercialização de alimentos saudáveis, cariogênicos, com potencial de causar obesidade, com acompanhamento de nutricionista)?

Item 9**Item 10**

Item 11 – Que tipo de tratamento é realizado? Quem é responsável? E se existe obrigatoriedade de fluoretação quando da existência de estação de tratamento de água desde 1974 (Lei 6.050/74), qual o procedimento adotado pela gestão municipal?

Item 12 – Houve alguma irregularidade? Que procedimento foi adotado? Observar boletins de controle e facilidade/dificuldade de acesso.

Item 13

Item 14 – A prática de escovação nas escolas públicas (municipais e estaduais) é diária, semanal, mensal, semestral...? Os escolares realizaram sozinhos ou supervisionados? Quem fez o acompanhamento e o registro?

Item 15 – O material educativo e/ou informativo em SB somente está disponível ou é utilizado rotineiramente? De que forma e quem é o responsável? Observar qual a situação deste material, está atualizado, ultrapassado bem ou mal conservado, facilita o aprendizado?

Item 16

Item 17 – Quem participou como representante da SB?

Item 18

Item 19 - E se foram vários dias sem atendimento, mas intercalados? E no caso de cursos de pós-graduação (especialização, aperfeiçoamento, mestrado)?

Item 20 - Auxiliares fixos como ASB ou TSB, estão devidamente contratados para esta função?

Item 21 - Como procedimentos de endodontia, o que foi considerado? Apenas obturação de canal radicular ou abertura e drenagem de abscesso, por exemplo, também foram considerados? E outros?

Item 22 – Esse atendimento aconteceu na própria unidade? E se o atendimento odontológico aconteceu em outro local, mas referenciado pela UBS?

Item 23 – Foram considerados equipamentos fixos e/ou móveis (Odontomóvel ou portátil, por exemplo) do município? E outras opções como o caminhão do Odonto SESC ou similares?

Item 24 - Que critérios são estes? Quem definiu ou participou de sua elaboração?

Sobre o atendimento ambulatorial - Como foram calculados estes dados, manualmente ou via sistema de informações? Quem é responsável pela digitação dos dados conhece a forma de inserção destes dados por faixa etária?

Item 25

Item 26

Item 27

Item 28

Item 29

Item 30

Item 31

Item 32 – As atividades com grupos de gestantes ou bebês com profissionais da SB eram práticas rotineiras ou pontuais?

Item 33

Item 34 – Sobre o percentual de consultas para crianças, é apenas uma média ou é protocolo administrativo/organizativo dos serviços?

Item 35

Item 36 – O que entende por critérios de risco? Se sim, quais foram considerados? Quem definiu ou participou de sua elaboração?

Item 37 – Que critérios são utilizados? Existe protocolo? Quais profissionais costumam fazer este encaminhamento? Que tipo de orientação é passada?

Item 38 – A periodicidade foi considerada?

Item 39

Item 40 - Além da questão do vínculo (mesmo profissional), se for ESF, o tratamento completado é o objetivo principal ou o atendimento paliativo e espontâneo (paciente deve procurar a UBS) é mais comum?

Item 41 - O material educativo e/ou informativo em SB somente está disponível ou é utilizado rotineiramente? De que forma e quem é o responsável? Observar o material e descrever qual a situação deste material, está atualizado, ultrapassado bem ou mal conservado, facilita o aprendizado?

Item 42 - Com identificação, diferenciar de espaço para anotações gerais ou procedimentos realizados – observar a ficha utilizada.

Item 43

APÊNDICE 6 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA SES-SC



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
GERÊNCIA DE COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica de Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina: Precisão do Instrumento de Pesquisa, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 31 de Outubro de 2011.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Caetano', written over a faint circular stamp.

JOÃO CARLOS CAETANO
Coordenador da Divisão de Saúde Bucal

João Carlos Caetano
Chefe Divisão
de Saúde Bucal/SES
Mat: 022.630-01-0

APÊNDICE 7 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA UFSC



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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tornei conhecimento do projeto de pesquisa: Avaliação da Gestão Municipal da Saúde Bucal na Atenção Básica de Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina: Precisão do Instrumento de Pesquisa, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 07/ 11 / 2011.



Rodrigo Otávio Moretti Pires
Sub-Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva

APÊNDICE 8 – CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS PARA OFICINA DE CONSENSO

CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS (FORMULÁRIOS E ENTREVISTAS) http://nepas.ufsc.br/?page_id=212

Municípios	Cocal do Sul	Criciúma	Forquilha	Içara	Lauro Muller	Nova Veneza	Orleans	Siderópolis	Urussanga
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Categorias	PRECISÃO	OK		
	IMPRECISÃO	E1 = imprecisão no conceito	E2 = imprecisão na fonte	E3 = imprecisão relativa ao entrevistado/respondente

E1 – Imprecisão no conceito – enunciado da questão não esclarece a informação desejada ou permite interpretações variadas;
E2 – Imprecisão na fonte – quando a fonte de dados utilizada pelo entrevistado/respondente foi inadequada ou pouco-confiável;
E3 – Imprecisão relativa ao entrevistado/respondente – entrevistado/respondente não respondeu o formulário impresso, não soube como pesquisar, não teve disposição, errou cálculos/estimativas ou registro dos dados.

A - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Atuação Intersetorial

MUNICÍPIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ITEM 7 (AI – R)	7) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) no município que possuem cantina?								
Municípios	E2	OK	OK	OK	E3	E2	OK	E1	E1
Sugestão de encaminhamento	O enunciado da questão deve contemplar o conceito de cantina como estabelecimento comercial, principal indutor da imprecisão, além da fonte preferencial dos dados (Sec.Educação).								

7) Com base nos dados da Secretaria Municipal de Educação (SME), qual o número de escolas públicas (municipais e estaduais) no município que possuem estabelecimento comercial com venda de alimentos para escolares?	

ITEM 8 (AI – R)	8) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental no município com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2011?									
Municípios	E2	E1	OK	OK	E3	E2	OK	E1	E1	
Sugestão de encaminhamento	Destacar o controle sobre alimentos comercializados, evitando confusão com o controle alimentar da alimentação escolar (merenda), além da fonte preferencial dos dados (Sec.Educação).									
8) Em quantas escolas públicas (estaduais e municipais) de pré-escola e ensino fundamental no município, que possuem estabelecimento comercial com venda de alimentos para escolares, é realizado o controle sobre os alimentos vendidos? Confirmar com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou de Educação.										

ITEM 9 (AI – E1)	9) Existe fluoretação da água de abastecimento público no município? a) SIM b) NÃO									
Municípios	OK	OK	OK	OK	E3	OK	OK	OK	OK	
Sugestão de encaminhamento	Definir fonte de dados preferencial (todas as informadas já estão disponíveis como dado secundário).									
9) Existe fluoretação da água de abastecimento público no município? Confirmar na companhia de abastecimento ou na Vigilância Sanitária. a) SIM b) NÃO										

ITEM 10 (AI – E1)	10) Qual o número total de domicílios no município em 2011?									
Municípios	E2	E2	E2	E2	E2	E2	E2	E2	E2	E2
Sugestão de encaminhamento	Definir fonte de dados preferencial (todas as informadas já estão disponíveis como dado secundário).									
10) Qual o número total de domicílios no município em 2011? Use como fonte de dados o sistema municipal que realiza a cobrança do IPTU/ITR (Imposto Predial e Territorial Urbano/Imposto Territorial Rural).										

ITEM 11 (AI – E1)	11) Qual o número de domicílios com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público (CASAN/SAMAE) em 2011?									
Municípios	E2	E2	E2	E2	E3	E2	E2	E2	E2	E2
Sugestão de encaminhamento	Definir fonte de dados preferencial (todas as informadas já estão disponíveis como dado secundário). Os itens 9, 10 e 11 compõem um indicador, logo, as fontes de dados devem ser padronizadas ou retirado do formulário (dados disponíveis no VIGIÁGUA).									
11) Qual o número de domicílios informados pela CASAN ou SAMAE com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público em 2011?										

ITEM 12 (AI – E2)	12) Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2011? a) SIM b) NÃO									
Municípios	OK	OK	OK	OK	E3	E3	E3	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Destacar a necessidade de utilizar fonte de dados confiável.									

12) No ano passado, o teor de Flúor na água de abastecimento público foi controlado periodicamente pela SMS, pela Coordenação de Saúde Bucal ou pelo VIGIÁGUA?	

ITEM 13 (AI – E3)	13) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2011?									
Municípios	E2	OK	OK	OK	E3	E2	OK	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Destacar a fonte preferencial dos dados (Sec.Educação).									
13) Segundo dados da SME, qual o número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2011?										

ITEM 14 (AI – E3)	14) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2011?									
Municípios	OK	E2	E2	OK	E3	E2	E2	OK	E1	
Sugestão de encaminhamento	Destacar o conceito de intersetorialidade inculido neste item, a escola desempenhando seu papel na promoção da Saúde Bucal, pesquisando com a Sec.Educação.									
14) No ano passado, em quantas escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental foi realizada a escovação dental diariamente, mesmo sem a presença da equipe de Saúde Bucal? Confirmar com as escolas.										

B - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Participação Popular

ITEM 15 (PP – R)	15) Número de Unidades de Saúde que atualmente disponibilizam material educativo e/ou informativo em Saúde Bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)
-----------------------------	--

Município	E1	E1	E1	OK	OK	E3	E1	E1	E1
Sugestão de encaminhamento	Esclarecer a questão da disponibilidade (acesso atual, adequação, atualização do material) e para quem deve estar disponível (população ou equipe).								
15) A SMS produziu e/ou disponibilizou nas Unidades de Saúde (US) material educativo (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.), acessível e adequado à população, para a divulgação de informação em Saúde Bucal no ano passado?									

ITEM 16 (PP – E1)	16) Na última Conferência Municipal de Saúde, houve pelo menos uma deliberação referente à Saúde Bucal? a) SIM b) NÃO								
Municípios	E3	OK	E3	OK	E3	E3	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Esclarecer que Deliberação deve ser compreendida como resolução tomada após discussão/reflexão e não apenas como comentário durante os trabalhos da Conferência de Saúde – no relatório final devem estar contidas a (s) deliberação (ões). Optou-se por trocar deliberação por proposta.								
16) Consulte o relatório final da última Conferência Municipal de Saúde. Houve alguma proposta referente à Saúde Bucal? a) SIM b) NÃO									

ITEM 17 (PP – E2)	17) Esteve presente representante da equipe técnica de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2011? a) SIM b) NÃO								
Municípios	E3	OK	OK	OK	E3	OK	E1	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Esclarecer o conceito de Relatório de Gestão. Modificar o enunciado "... reunião de discussão E/OU aprovação...". Sugerir que o respondente verifique a ata do CMS ou resolução municipal de aprovação do relatório do ano anterior.								

17) Nas atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) referentes à discussão ou aprovação do RELATÓRIO DE GESTÃO do ano anterior, consta a presença de algum representante da equipe de Saúde Bucal do município?	
ITEM 18 (PP – E3)	18) O município financiou a ida de algum delegado dentista na ultima Conferência Estadual de Saúde? a) SIM b) NÃO
Municípios	E3 OK OK OK OK OK OK E3 E3
Sugestão de encaminhamento	Destacar a necessidade de confirmar esta informação com a SMS e delegado eleito, se for o caso.
18) O município financiou a ida de algum delegado dentista representante do segmento Gestão ou Trabalhadores de Saúde na última Conferência Estadual de Saúde? Confirme a informação com a SMS ou com o profissional eleito. a) SIM b) NÃO	

C - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Recursos Humanos

ITEM 19 (RH – E1)	19) Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico devido à falta de profissional (por licença-saúde, atestado, falta ou outro motivo) por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2011?
Municípios	E2 OK OK E2 OK E2 OK OK E2
Sugestão de encaminhamento	Esclarecer que o item contribui com a avaliação da agilidade da Gestão em suprir RH, definir fonte confiável (SMS ou RH). Redefinir indicador, pois pode prejudicar municípios pequenos com poucos profissionais em seu quadro funcional.
Não se encontrou uma proposta consensual que abordasse o critério Efetividade sob a perspectiva da sub-dimensão Recursos Humanos.	

ITEM 20 (RH – E3)	20) Número total de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	E3	E1	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Considerar auxiliares com registro profissional (CRO) ou, ao menos contratadas como auxiliares de SB e não contratadas em outra função e remanejadas.								
20) Qual o número de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em todos os consultórios odontológicos, vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) ou não, em dezembro do ano passado? Considere apenas aqueles contratados para esta função.									

D - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Infra-estrutura

ITEM 21 (IE – R)	21) Em 2011, os procedimentos de endodontia foram realizados: a) No próprio município; b) em local a menos de 50 km; c) em local a mais de 50 km; d) Não foram realizados.								
Municípios	OK	E1	OK	OK	OK	E1	E1	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Modificar o enunciado, pois este não evidencia apenas tratamento endodôntico finalizado. Inserir uma alternativa que contemple a realização em mais de um local.								
21) No ano passado, as obturações de canais radiculares foram realizadas: a) no próprio município e/ou em local a menos de 50 km; b) em local a mais de 50 km; c) não foram realizadas.									

ITEM 22	22) Número de Unidades de Saúde municipais com atendimento odontológico,
----------------	--

(IE – E1)	incorporado a equipe de saúde da família ou não, em dezembro de 2011?									
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	E3	OK	E1	E3	
Sugestão de encaminhamento	Indicar que deve ser considerado o atendimento odontológico realizado na própria UBS e não referenciado para outra (acessibilidade geográfica – proximidade).									
22) Quantas Unidades de Saúde (US) municipais, incorporadas à ESF ou não, possuíam equipamentos odontológicos com atendimento, no ano passado?										

ITEM 23 (IE – E2)	23) Número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em dezembro de 2011?									
Municípios	OK	OK	OK	E3	OK	E2	OK	OK	OK	
Sugestão de encaminhamento	Esclarecer se podem ser considerados equipamentos extras (ODONTOSESC, APAE, ABADEUS, Caminhão Amigo, presídio, SISERP,...), inclusive em que a administração fornece insumos e profissionais.									
23) Qual o número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em US (considerar Odontomóvel, se houver), no ano passado, sob responsabilidade da SMS?										

ITEM 24 (IE – E3)	24) A alocação de ações e serviços de saúde bucal é realizada a partir de critério de risco da população residente? a) SIM b) NÃO									
Municípios	E3	OK	OK	OK	E3	OK	OK	E3	OK	
Sugestão de encaminhamento	Esclarecer o que deve ser entendido por critério de risco e se estes devem ser aplicados por todas as US com atendimento odontológico ou se apenas uma realizar já é suficiente.									

24) No ano passado, a Coordenação de SB ou a gestão municipal orientava a alocação de ações e serviços de saúde bucal realizada a partir de critério de risco da população residente?

Quanto ao atendimento ambulatorial realizado em 2011, informe:

ITEM 25 (DT – ADO – E1)	25) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos:								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Estabelecer critério para cálculo deste indicador (somatório total, média ou estimativa).								
25) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos nos meses de: - FEVEREIRO: - JUNHO: - OUTUBRO: (Buscar essa informação no Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA)									

ITEM 26 (DT – ADO – E2)	26) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos:								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Estabelecer critério para cálculo deste indicador (somatório total, média ou estimativa).								
26) Número total de procedimentos individuais de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos nos meses de: - FEVEREIRO: - JUNHO: - OUTUBRO: (Buscar essa informação no Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA)									

Sugestão de encaminhamento	Estabelecer critério para cálculo deste indicador (somatório total, média ou estimativa).
<p>29) Número total de procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos:</p> <p>- FEVEREIRO:</p> <p>- JUNHO:</p> <p>- OUTUBRO:</p> <p>(Buscar essa informação no Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA)</p>	

ITEM 30 (DT – IDO – E1)	30) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos:								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	OK	E3	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Estabelecer critério para cálculo deste indicador (somatório total, média ou estimativa).								
<p>30) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos nos meses de:</p> <p>- FEVEREIRO:</p> <p>- JUNHO:</p> <p>- OUTUBRO:</p> <p>(Buscar essa informação no Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA)</p>									

ITEM 31 (DT – IDO – E2)	31) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos:								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Estabelecer critério para cálculo deste indicador (somatório total, média ou estimativa).								

31) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos nos meses de:

- FEVEREIRO:

- JUNHO:

- OUTUBRO:

(Buscar essa informação no Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA)

E - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Crianças (0 a 12 anos)

ITEM 32 (PP – CRI – R)	32) Número de Unidades de Saúde que realizava atividade com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD), em 2011?									
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	E2	OK	OK	OK	
Sugestão de encaminhamento	Definir periodicidade destas atividades para aumentar a sensibilidade deste indicador (valorizar quem realiza como rotina).									
32) No ano passado, qual o número de Unidades de Saúde que realizava atividade, pelo menos, trimestralmente, com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD)?										
ITEM 33 (PP – CRI – E2)	33) Número de Unidades de Saúde que realizava evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança em 2011?									
Municípios	OK	E3	E3	OK	E3	E3	E3	E1	E2	
Sugestão de encaminhamento	Destacar que a evidenciação de placa e escovação supervisionada devem ser associadas à prevenção individual e não atreladas à realização de procedimentos coletivos. Sugerir que o respondente pesquise dados com os próprios CD's, nos boletins de produção/ficha clínica e nos controles de estoque de material (revelador de placa) para confirmar respostas.									
33) Com relação à primeira consulta realizada nas US, em quantas US foi rotina realizar evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança no ano passado? Verifique a informação nos boletins de produção/ficha clínica.										

ITEM 34 (DT – CRI – R)	34) Na programação do agendamento da saúde bucal, qual o percentual de consultas destinadas para criança no agendamento em 2011? Caso não haja agendamento programado por faixa etária no município, escreva por extenso no campo: 'não há agendamento'.								
Municípios	OK	OK	E3	OK	E3	E2	OK	E3	E3
Sugestão de encaminhamento	Modificar o enunciado, questionando o percentual de crianças atendidas em relação ao total de atendimentos realizados ou se o município estabelece algum parâmetro para o agendamento de crianças.								
<p>34) De acordo com as informações do BPA, quantos atendimentos foram realizados nos meses de:</p> <p>- FEVEREIRO:</p> <p>- JUNHO:</p> <p>- OUTUBRO:</p> <p>Sobre esta informação, quantos atendimentos de crianças (0 a 12 anos) foram realizados nos meses de:</p> <p>- FEVEREIRO:</p> <p>- JUNHO:</p> <p>- OUTUBRO:</p>									
ITEM 35 (DT – CRI – E1)	35) Número de Unidades de Saúde em que o dentista atendia crianças de 0-6 anos de idade em 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	...								
ITEM 36 (DT – CRI – E2)	36) Número de Unidades de Saúde que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	E3	OK	E1	E1

Sugestão de encaminhamento	Esclarecer o que se entende por critério de risco.
36) Número de Unidades de Saúde que utilizou critério de risco (social, epidemiológico) para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2011?	

F - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adolescentes (de 13 a 19 anos)

ITEM 37 (PP – ADO – R)	37) Quantas Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes de 13-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal?								
Municípios	OK	E1	OK	OK	E3	E1	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Especificar que o encaminhamento não deve ser considerado apenas nas Unidades com atendimento odontológico, podem ser consideradas todas as US, mesmo que as orientações aconteçam em outras US.								
37) Em quantas Unidades de Saúde os profissionais que atendem adolescentes de 13-19 anos de idade encaminham-os para Saúde Bucal?									

ITEM 38 (PP – ADO – E1)	38) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativas em Saúde Bucal para adolescentes, na Unidade de Saúde ou nas escolas de sua área de abrangência, em 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	E1	E1	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Definir periodicidade destas atividades para aumentar a sensibilidade deste indicador (valorizar quem realiza como rotina). Também esclarecer que as atividades educativas não se restringem à ATF e entrega de kits.								
38) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativas em Saúde Bucal para adolescentes, pelo menos,									

semestralmente, na própria US ou nas escolas de sua área de abrangência no ano passado? Considerar que atividade educativa é aquela que objetiva a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, seja através de dinâmicas, debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, músicas, conversas em grupo, entre outros meios, não restringindo-se à escovação supervisionada ou à entrega de kits para higiene bucal.

ITEM 39 (PP – ADO – E2)	39) Quantas Unidades de Saúde realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta na idade de 13-19 anos em 2011?								
Municípios	OK	E3	E3	OK	E3	OK	E3	E3	E1
Sugestão de encaminhamento	Destacar que a evidenciação de placa e escovação supervisionada devem ser associadas à prevenção individual e não atreladas à realização de procedimentos coletivos. Sugerir que o respondente pesquise dados com os próprios CD's, nos boletins de produção/ficha clínica e nos controles de estoque de material (revelador de placa) para confirmar respostas.								
39) Com relação à primeira consulta realizada nas US, em quantas US foi rotina realizar evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta do adolescente no ano passado? Verifique a informação nos boletins de produção/ficha clínica.									

ITEM 40 (DT – ADO – R)	40) Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 13-19 anos foram agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, em 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	E3	E3	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Rediscutir o indicador, considerando a realidade de municípios pequenos com poucos profissionais. Esclarecer se o indicador relaciona a questão do vínculo (agendar com o mesmo profissional) à perspectiva do tratamento completado como objetivo ou à questão da pouca rotatividade de profissionais ou a ambas as perspectivas.								
40) Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 13-19 anos foram agendados com o mesmo profissional no ano passado?									

G - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adultos (de 20 a 59 anos)

ITEM 41	41) Quantas Unidades de Saúde que possuem atualmente material educativo e/ou								
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PP – ADU – R)	informativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.)?								
Municípios	OK	E1	OK	E3	OK	E3	E1	E1	E1
Sugestão de encaminhamento	O enunciado não deixa clara a questão da disponibilidade (acesso, adequação, atualização do material) e nem para quem deve estar disponível (população ou equipe).								
41) A SMS produziu e/ou disponibilizou nas US material educativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.), acessível e adequado à população no ano passado?									

ITEM 42 (PP – ADU – E1)	42) A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2011? a) SIM b) NÃO								
Municípios	OK	E3	E3	OK	OK	OK	E3	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Enunciado OK, erro dos entrevistados.								

ITEM 43 (PP – ADU – E2)									
43) De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2011? Marque as opções abaixo: a) Na atenção básica do município pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família. b) Na atenção secundária (especializada) do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS. c) Na atenção secundária (especializada) FORA do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS. d) Não foi disponibilizado procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia em 2011.									
Municípios	OK	OK	OK	OK	OK	E3	OK	OK	E3

Sugestão de encaminhamento	Enunciado OK, erro dos entrevistados.									
43) No ano passado, os procedimentos de coleta de tecido bucal para biópsia foram realizados: a) no próprio município e/ou em local a menos de 50 km; b) em local a mais de 50 km; c) não foram realizados.										
ITEM 44 (DT – ADU – R)	44) Número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico no terceiro turno (período noturno) em dezembro de 2011?									
Municípios	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E3
Sugestão de encaminhamento	Destacar a informação que o 3º turno a ser considerado é a partir das 19 horas (COLUSSI, 2010, p.186).									
44) Qual o número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico após às 19 horas no ano passado?										

H - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Idosos (60 anos ou mais)

ITEM 45 (PP – IDO – R)	45) Número de Unidades de Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2011?									
Municípios	OK	OK	OK	OK	E3	E3	OK	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Enunciado OK. Erros dos entrevistados.									
ITEM 46	46) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativo-preventiva em Saúde									

(PP – IDO – E1)	Bucal e/ou atendimento clínico em visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados) no ano de 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	E3	E1	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Modificar enunciado "... realizaram atividades em SB para idosos acamados em suas residências...".								
46) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades em Saúde Bucal para idosos acamados em suas residências no ano passado?									

ITEM 47 (DT – IDO – R)	47) Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de atendimento ou agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) em dezembro de 2011?								
Municípios	OK	OK	OK	OK	E3	E3	OK	OK	OK
Sugestão de encaminhamento	Enunciado OK, erro dos entrevistados. Especificar que o atendimento/agendamento preferencial é para Saúde Bucal.								
47) Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de atendimento ou agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) no ano passado?									

9. ANEXOS

ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

INSTRUÇÕES

Prezado(a) participante

Apresentamos o formulário de coleta de dados do PROJETO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA. O formulário está dividido em nove seções. As quatro primeiras seções contêm perguntas sobre a Gestão da Atenção em Saúde Bucal (Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infra-estrutura). Uma seção contém perguntas sobre os atendimentos ambulatoriais em saúde bucal. Outras quatro seções referem-se ao Provimento da Atenção em Saúde Bucal, com perguntas relativas à atenção à saúde da criança, adolescente, adulto e idoso. Algumas informações deverão ser buscadas junto a outras secretarias.

A última seção refere-se à consulta pública, ou seja, um espaço para o município manifestar sua opinião sobre a avaliação da atenção em saúde bucal e apresentar sugestões para as avaliações futuras. Comente sobre a facilidade de coleta de dados, a qualidade dos dados e a adequação dos indicadores.

Para conhecer detalhadamente a avaliação acesse:

http://nepas.ufsc.br/?page_id=38

Para o preenchimento do formulário observe os seguintes aspectos:

1. As informações solicitadas se referem ao ano passado, 2009. Observe com atenção o período solicitado nas perguntas para que o município não seja prejudicado na avaliação.
2. O formulário não permite o preenchimento parcial, devendo o mesmo ser realizado em um único momento. Por isso sugerimos a leitura e impressão prévias do formulário para proceder a coleta dos

dados. Para imprimir o formulário clique em "**Imprimir o formulário**" no canto superior direito da página.

3. Somente de posse de todos os dados, proceda a digitação dos mesmos no formulário eletrônico (alguns campos permitem apenas a digitação de algarismos numéricos, não escreva o número por extenso). **O envio é eletrônico, diretamente pela página do formulário.**

4. Após o preenchimento completo do formulário clique em "**Gravar**" para enviar o formulário para o nosso banco de dados.

5. O formulário estará disponível para preenchimento até o dia **16 de dezembro de 2010**. Solicitamos que seja respeitado este prazo para o envio do formulário.

Para esclarecimentos utilize o link disponível para dúvidas abaixo.

*** Preenchimento Obrigatório**

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

CAMPOS VERIFICADORES

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EVITANDO DUPLICIDADE DE FICHAS ENVIADAS

1) **MUNICÍPIO RESPONDENTE: ***

2) **E-MAIL DO RESPONDENTE: ***

3) **CNPJ DO MUNICÍPIO: ***

00.000.000/0000-00

Dados do responsável pelo preenchimento

4) **Nome completo: ***

5) Cargo: *

6) Telefone para contato: *

A - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Atuação Intersetorial

7) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) no município que possuem cantina : *

8) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental no município com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2009: *

9) Existe fluoretação da água de abastecimento público no município? *

SIM

NÃO

10) Qual o número total de domicílios no município em 2009? *

11) Qual o número de domicílios com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público (CASAN/SAMAE) em 2009? : *

12) Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2009? *

SIM

NÃO

13) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2009: *

14) Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2009 : *

B - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Participação Popular

15) Número de Unidades de Saúde que atualmente disponibilizam material educativo e/ou informativo em Saúde Bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.) : *

16) Na última Conferência Municipal de Saúde houve pelo menos uma deliberação referente à Saúde Bucal? *

SIM

NÃO

17) Esteve presente representante da equipe técnica de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2009? *

SIM

NÃO

18) O município financiou a ida de algum delegado dentista na última Conferência Estadual de Saúde? : *

SIM

NÃO

C - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Recursos Humanos

19) Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico devido à falta de profissional (por licença-saúde, atestado, falta ou outro motivo) por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2009? *

20) Número total de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2009 : *

D - Gestão da Atenção em Saúde Bucal: Infra-estrutura

21) Em 2009 os procedimentos de endodontia foram realizados : *

- No próprio município
- Em local a menos de 50 km
- Em local a mais de 50 km
- Não foram realizados

22) Número de Unidades de Saúde municipais com atendimento odontológico, incorporado a equipe de saúde da família ou não, em dezembro de 2009 : *

23) Número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em dezembro de 2009 : *

24) A alocação de ações e serviços de saúde bucal é realizada a partir de critério de risco da população residente? *



SIM



NÃO

Quanto ao atendimento ambulatorial realizado em 2009, informe:

25) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos: *

26) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos: *

27) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 20-59 anos: *

28) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 20-59 anos: *

29) Número total de procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos: *

30) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos: *

31) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos: *

E - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Crianças (0 a 12 anos)

32) Número de Unidades de Saúde que realizavam atividade com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD), em 2009 : *

33) Número de Unidades de Saúde que realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança em 2009: *

34) Na programação do agendamento da saúde bucal, qual percentual de consultas destinadas para criança no agendamento em 2009? *

Caso não haja agendamento programado por faixa etária no município, escreva por extenso no campo: 'não há agendamento'

35) Número de Unidades de Saúde em que o dentista atende crianças de 0-6 anos de idade em 2009: *

36) Número de Unidades de Saúde que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2009: *

F - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adolescentes (de 13 a 19 anos)

37) Quantas Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes de 13-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal: *

38) **Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativas em Saúde Bucal para adolescentes, na Unidade de Saúde ou nas escolas de sua área de abrangência, em 2009? ***

39) **Quantas Unidades de Saúde realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta na idade de 13-19 anos em 2009? ***

40) **Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 13-19 anos foram agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, em 2009? ***

G - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Adultos (de 20 a 59 anos)

41) **Quantas Unidades de Saúde que possuem atualmente material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.): ***

42) **A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2009? ***

SIM

NÃO

43) **De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2009, marque as opções abaixo: ***

A - Na atenção básica do município pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família

B - Na atenção secundária (especializada) do município, pelo

dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS

C- Na atenção secundária (especializada) FORA do município, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS

D - Não foi disponibilizado procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia em 2009

44) Número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico no terceiro turno (período noturno) em dezembro de 2009 : *

H - Provimento da Atenção em Saúde Bucal: Idosos (60 anos ou mais)

45) Número Unidades Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2009: *

46) Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativo-preventiva em Saúde Bucal e/ou atendimento clínico em visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados) no ano de 2009? *

47) Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de atendimento ou agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) em dezembro de 2009? *