



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
LUIZ GUSTAVO TEIXEIRA MARTINS

**DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

Tubarão

2014

LUIZ GUSTAVO TEIXEIRA MARTINS

**DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson Luiz Traibert

Coorientadora: Dra. Daniela Alba Nickel

Tubarão

2014

LUIZ GUSTAVO TEIXEIRA MARTINS

**DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

Esta Dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências da Saúde, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 24 de novembro de 2014.

Prof. e orientador: Jefferson Luiz Traebert, Dr.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Profª. Jane da Silva, Dra.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Profª. Josimari Telino de Lacerda, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico aos meus pais e irmãos, pois estes sempre estiveram ao meu lado, dando o apoio necessário para a minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À minha família e a minha noiva que foram fundamentais para a realização desse meu trabalho.

Ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde professor Dr. Jefferson Traebert, pela gestão no comando das atividades do curso.

Ao meu orientador, amigo e colega Professor Jefferson Traebert, que com muita serenidade, conhecimento e objetividade, soube identificar minhas limitações em desenvolver este estudo, tornando nossa convivência agradável e produtiva.

A Dra. Daniela Alba Nickel, que foi fundamental para eu poder evoluir durante esses dois anos e construir esse trabalho, com ela aprendi muito sobre os passos para construção de uma carreira docente.

Aos municípios participantes, que contribuíram com as informações para este estudo.

Aos professores do curso pelos ensinamentos transmitidos.

Às secretárias do curso Silvane Cauz e Franciéli Zimmer, pelo interesse, atenção e paciência.

Aos meus colegas de sala, pelo compartilhamento das dificuldades e aspirações acadêmicas a partir dos quais construímos uma saudável amizade.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar.”
(FERNANDO SABINO, 1923-2004).

RESUMO

A qualidade dos serviços de saúde é objeto de atenção e preocupação por parte da sociedade brasileira. A busca pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no Brasil tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde. A avaliação é um importante instrumento de gestão em saúde. Possibilita a identificação de aspectos débeis e indicação de medidas para correção de rumos e alcance de metas. O Estado de Santa Catarina vem desenvolvendo processo de institucionalização da avaliação da gestão e de programas na Atenção Básica e na Saúde Bucal. Apesar das discussões a respeito do tema, ainda são escassos os estudos na literatura referentes à avaliação da atenção em saúde bucal. Este trabalho teve como objetivo propor um modelo para a avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal da criança. O marco conceitual para elaboração da matriz avaliativa foi composto por: revisão de literatura para busca de estudos de avaliação de serviços de atenção à saúde bucal no Brasil e em outros países, e levantamento e revisão das políticas públicas vigentes relacionadas à saúde da criança no Brasil e no Estado de Santa Catarina. A qualidade da gestão municipal na atenção básica da saúde bucal infantil foi avaliada sob duas dimensões: Gestão e Provimento. Na primeira, estão dispostas duas subdimensões: Articulação e Recursos e na segunda, considerando os princípios de universalidade e integralidade, tem-se duas subdimensões: 'Promoção e Prevenção' e 'Diagnóstico e Tratamento'. A matriz de avaliação ficou composta por 9 indicadores na dimensão de Gestão e 9 na dimensão de Provimento. Os indicadores foram elaborados em oficinas com especialistas. Foi enviado um formulário on-line, através do software FormSus, aos 18 municípios catarinenses e coletados dados nos sistemas oficiais de informação. O banco de dados foi estruturado com os 18 municípios que responderam o formulário. Os 18 indicadores foram calculados e convertidos em escores de 0, 1 ou 2, de acordo com a distribuição dos valores no conjunto de municípios. Os valores dos escores no teste de aplicabilidade foram somados e conformaram o escore de qualidade do município para a saúde bucal infantil, criando um juízo de valor para cada município. Concluiu-se que o modelo tem condições de ser aplicado para os municípios com diferentes portes populacionais, e permite identificar os pontos nos quais os gestores devem aperfeiçoar suas ações.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Saúde bucal infantil. Modelo de Avaliação.

ABSTRACT

The quality of health services is the object of attention and concern on the part of Brazilian society. The search for quality healthcare services in Brazil has received great feature of the Ministry of Health. Evaluation is an important tool for health management. Enables the identification of weak aspects and indication of measures to correct paths and achieving goals. The state of Santa Catarina has been developing institutionalization of evaluation and program management in Primary Care and Oral Health process. Despite discussions on the subject, there are still few studies in the literature regarding the assessment of oral health care. This work aimed to propose a model for assessing the quality of oral health care of children. The conceptual framework for the elaboration of evaluation matrix was composed of: Literature search for studies evaluating oral health care in Brazil and other countries services, and survey and review of existing public policies related to child health in Brazil and the State of Santa Catarina. The quality of municipal management in primary care of children's oral health was evaluated in two dimensions: Management and Provision. In the first two sub-dimensions are willing: Articulation and Resources and the second considering the principles of universality and comprehensiveness, we have two sub-dimensions: 'Promotion and Prevention' and 'Diagnosis and Treatment'. The evaluation matrix was composed of nine indicators in the Management dimension and nine in the dimension of Provision. The indicators were developed in workshops with experts. An online form was sent through FormSus software, the 18 municipalities of Santa Catarina and collected data in the information systems. The database was structured with 18 municipalities that answered the form. The 18 indicators were calculated and converted to scores 0, 1 or 2, according to the distribution of values in the set of towns. The values of the scores on the applicability test were summed and shaped the quality score of the municipality for child oral health, creating a value judgment for each municipality. It was concluded that the model is able to be applied to the municipalities with different population sizes, and identifies the points at which managers must improve their actions.

Keywords: Health Evaluation. Children's oral health. Evaluation Model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Municípios participantes da pesquisa por macrorregião e porte populacional.	31
Quadro 2 - Desenho do modelo teórico-lógico para avaliação da atenção à saúde bucal da criança.....	40
Quadro 3 - Matriz avaliativa, dimensões, subdimensões e indicadores.	39
Quadro 4 - Indicadores e medidas.	40
Quadro 5 - Teste de aplicabilidade do modelo de avaliação.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
BBO - Biblioteca Brasileira de Odontologia
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CD – Cirurgião-Dentista
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CES – Conferência Estadual de Saúde
CLT - Consolidação das Leis de Trabalho
CRM/SC - Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina
DAI – Índice de Estética Dental
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
GTI - Grupos de Trabalhos Intersetoriais
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SB – Saúde Bucal
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SAI/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tratamento Completo
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	13
2 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 AVALIAÇÃO	17
2.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	22
3 OBJETIVOS	27
3.1 GERAL.....	27
3.2 ESPECÍFICOS	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
4.1 ELABORAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ AVALIATIVA	28
4.2 TESTE DE APLICABILIDADE.....	29
4.2.1 Coleta Dos Dados	29
4.2.2 Cálculo dos Indicadores e Análise dos Dados	31
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS	33
5.1 MODELO TEÓRICO-LÓGICO	33
5.1.1 O Sistema Único de Saúde	34
5.1.1.1 Política Nacional de Atenção Básica	36
5.1.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal.....	38
5.1.1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde	38
5.1.1.4 Estatuto Da Criança e do Adolescente.....	39
5.2 MATRIZ AVALIATIVA	40
5.3 TESTE DE APLICABILIDADE DO MODELO DE AVALIAÇÃO	49
6 DISCUSSÃO	52
7. CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	65
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
APÊNDICE B - Formulário FORMSUS.....	67
ANEXOS	72
ANEXO A – INDICADORES E MEDIDAS DO MODELO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA (COLUSSI; CALVO, 2011).....	73

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	77
--	-----------

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A qualidade dos serviços de saúde é objeto de atenção e preocupação por parte da sociedade brasileira. A busca pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no Brasil tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde. Isto se dá pela importância para a adequação das políticas públicas às necessidades da população e para o retorno adequado dos investimentos, que se reflete na melhoria da situação de saúde do país¹.

A avaliação é um importante instrumento de gestão em saúde. Possibilita a identificação de aspectos débeis e indicação de medidas para correção de rumos e alcance de metas. O Estado de Santa Catarina vem desenvolvendo processo de institucionalização da avaliação da gestão e de programas na Atenção Básica e na Saúde Bucal. O processo participativo de avaliação adotado busca assegurar que a visão de diferentes atores seja considerada na análise do objeto de estudo, de forma a garantir a apreensão das diversas dimensões da realidade².

Avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços e possíveis impactos na saúde da população, são questões fundamentais em um cenário de grande investimento e expansão da rede e dos recursos humanos na Atenção Básica³. Todavia há, ainda, uma escassez de estudos de avaliação da qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal.

A avaliação em saúde deveria ser realizada como prática sistemática para gerar aos gestores as informações necessárias para a intervenção, já que muitas informações registradas nos serviços acabam não sendo utilizadas para o planejamento e tomada de decisões. As informações coletadas poderiam se constituir em uma base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde⁴. Segundo Colussi¹ a avaliação dos serviços de saúde pode ser entendida como um meio de prover a melhoria contínua da atenção com equilíbrio de custos, gerando um atendimento de qualidade para o usuário.

A avaliação de serviços de atenção à saúde bucal foi proposta pela primeira vez no Brasil por Chaves⁵ em 1986. Narvai⁶, define atenção à saúde bucal como um conjunto de ações de alcance coletivo que tem como objetivo manter a saúde oral, incluindo a assistência. Tais ações vão além do ambiente da odontologia e do próprio setor da saúde, contemplando ações em todos os setores desenvolvidas no conjunto da comunidade, como emprego, saneamento e educação. Para Pinto⁷ a qualidade no contexto da saúde bucal pode ser entendida como sinônimo de melhores serviços e de êxitos nas iniciativas e projetos do setor. Apesar dos autores^{5,6,7} referirem, há bastante tempo, a necessidade de estudos de avaliação

dos serviços odontológicos prestados à população, há uma grande carência de pesquisas nesta área. Colussi¹ ao proceder a uma revisão de literatura sobre o tema identificou somente 17 estudos na área. Concluiu que a dificuldade, somada à escassez, de encontrá-los e selecioná-los em função da utilização de descritores de assunto relacionados à avaliação em diferentes contextos e situações.

Além da necessidade premente de estudos que avaliem a qualidade da atenção à saúde bucal prestada à população em geral, é importante salientar as significativas mudanças do comportamento epidemiológico das principais doenças bucais, notadamente as quedas dos indicadores de cárie dentária em populações infantis. Entretanto, observa-se que os grupos em desvantagem social apresentam os piores indicadores, o que é explicado pelos determinantes sociais do processo saúde-doença⁸.

A saúde bucal da criança está inserida no Programa Saúde da Família - PSF, e deve ser encarada como de responsabilidade de toda a equipe de saúde, constituindo um campo de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. O contato, logo após o nascimento da criança, ou preferentemente durante o pré-natal, entre a equipe do PSF e pais representa uma oportunidade para estimular escolhas saudáveis, com a discussão sobre o momento da primeira visita ao cirurgião-dentista, erupção dental, cárie dentária, uso de medicamentos pediátricos, práticas de amamentação, dieta, hábitos deletérios, uso sistemático de flúor e higiene bucal⁹.

A inclusão de odontólogo, mais recentemente, é uma das grandes mudanças do PSF. A publicação da Portaria Ministerial n° 1.444, de 28 de dezembro de 2000, registrou oficialmente a inclusão de profissionais de saúde bucal no PSF. A preocupação com os cuidados odontológico em crianças de baixa idade não é nova, mas sua prática sim. A *American Academy of Pediatric Dentistry* especifica, como ideal, o aconselhamento pré-natal aos pais e recomenda que a primeira visita para o exame bucal da criança deva ocorrer em torno do sexto mês de vida, com a erupção do primeiro dente, não ultrapassando o primeiro ano de idade. Estas orientações visam a redução de riscos e o desenvolvimento saudável da criança em termos de saúde bucal. Além disso, é de fundamental importância conhecer a situação epidemiológica atual da saúde bucal da criança brasileira, pois ela deve orientar as políticas públicas e condicionar a organização da atenção a ser prestada e conseqüentemente avaliada⁹.

Assim, de acordo com o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010, aos cinco anos de idade 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e aos 12 anos 43,5% apresentam esta condição na dentição

permanente. Aos cinco anos de idade uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente *cariado*, que é responsável por mais de 80% do índice. As médias do índice ceo-d são mais elevadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste em comparação com as regiões Sul e Sudeste. Além disso, a proporção de dentes cariados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a de dentes restaurados é maior nas regiões Sudeste e Sul⁸.

Em relação à saúde gengival, no Brasil, 62,9% das crianças de 12 anos apresentaram todos os sextantes hígidos. O maior percentual de crianças aos 12 anos com sextantes hígidos foi encontrado na região Sudeste (67,9%) e o menor na região Norte (41,6%). A presença de cálculo foi a pior condição periodontal observada (23,7%) e, com relação ao sangramento, 11,7% do total de crianças apresentaram esta condição como escore máximo⁸.

Observa-se que 77,1% das crianças de cinco anos apresentaram oclusão normal segundo chave de caninos (classe I), variando de 70,3% na região Sul a 82,4% na região Centro-Oeste, porém sem variação significativa entre as regiões. Características normais de sobressaliência na idade de cinco anos variaram de 60,8% na região sul a 71,2% na região Norte, observando-se que a prevalência de sobressaliência aumentada foi significativamente menor na região Norte (15,6%) e Centro-Oeste (18,0%) quando comparadas à região Sul (33,1%). Aos 12 anos de idade observou-se que a presença de oclusão considerada normal, segundo o Índice de Estética Dental (DAI), foi semelhante em todas as regiões, com prevalência de cerca de 60%. A região Norte apresentou a menor prevalência (7,4%) de oclusopatias severas do que a região Sudeste (13,0%). No Brasil, a prevalência de oclusopatia grave aos 12 anos de idade foi de 7,1% e nenhuma variação significativa foi observada entre as regiões⁸.

Aos 12 anos de idade 60,8% dos indivíduos no Brasil relataram necessidade de tratamento dentário e 24,6% declarou ter sentido dor de dente nos 6 meses anteriores à entrevista. Cerca de 18% dos indivíduos de 12 anos nunca foram ao dentista no Brasil, situação semelhante em todas as regiões, exceto a região Sul que apresentou uma prevalência significativamente menor de crianças nesta condição (9,8%). O serviço público foi marcadamente o mais utilizado em todas as regiões, assim como ir ao dentista para prevenção ou tratamento somaram os principais motivos na busca do serviço público em todo o País. A grande maioria das crianças de 12 anos avaliou a última consulta odontológica como muito boa ou boa no Brasil e em todas as regiões⁸.

Assim sendo, a questão central deste trabalho está pautada no desenvolvimento de um modelo para avaliação da qualidade da atenção à saúde infantil prestada. Desta forma, justifica-se sua execução pela necessidade de desenvolver ferramenta específica e apropriada para avaliação dos serviços, que poderá ser aplicada em outros momentos e circunstâncias para observar diferentes contextos de atenção à saúde bucal, ajudando os gestores no planejamento de serviços odontológicos adequados. Assim, tem o potencial de fornecer subsídios para a o planejamento de serviços de qualidade e de acordo com as necessidades dos diferentes grupos populacionais infantis no contexto do Sistema Único de Saúde de Santa Catarina.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 AVALIAÇÃO

Avaliação é a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de ferramentas que visam à tomada de uma decisão. Consolidar o processo avaliativo é importante para a gestão nas diferentes esferas de governo, subsidia o planejamento, ajuda na tomada de decisões e na formação dos indivíduos envolvidos nesses processos¹⁰.

Ao se avaliar, determina-se valor. Este valor deve ser compreendido em relação a um objetivo, que por sua vez é resultado de um quadro referencial que deve ser preciso. Estas referências explicitam os valores, as situações desejadas, a imagem-objetivo que determinarão as técnicas e critérios que possibilitarão emitir o quanto do valor, das situações desejadas ou imagem-objetivo foram alcançados¹¹.

Contrandriopoulos et al.¹² afirmaram que avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Tal julgamento pode ter um caráter normativo – quando resultado da aplicação de critérios ou normas – ou elaborado a partir de um procedimento científico, a pesquisa avaliativa. Os autores destacam quatro objetivos principais de uma avaliação: i) estratégico: para ajudar no planejamento e elaboração de uma intervenção; ii) formativo: para fornecer informação para melhorar uma intervenção em seu decorrer; iii) somativo: para determinar os efeitos de uma intervenção e decidir se deve ser mantida, transformada ou interrompida; iv) fundamental: para contribuir para o progresso do conhecimento, para elaboração teórica.

A preocupação em avaliar serviços e sistemas de saúde existe há um bom tempo, mas é ainda recente a implantação de avaliações sistemáticas. A maior parte dos estudos de avaliação em saúde pública são voltados à avaliação de um serviço específico, estudos de caso, diagnósticos da situação de serviços de saúde e análises sobre a implementação ou desenvolvimento de um programa ou política pública; e avaliação da implementação da Estratégia Saúde da Família - ESF¹⁰.

Ao mesmo tempo em que muito se fala em avaliação e a necessidade de sua realização, há dificuldades para que as organizações a incorporem em suas práticas cotidianas. Diversos motivos são apontados, como fatores econômicos e a dificuldade de direcionar recursos para avaliação. A deficiência na formação dos gestores também é apontada como dificuldade, a despeito da existência de referencial teórico suficiente sobre o tema. E, por fim,

fatores organizacionais, como escassez de tempo para uma reflexão sobre a prática, em função das constantes demandas¹³.

A construção de um modelo teórico anterior à avaliação, a partir de fontes teóricas ou pesquisas preliminares é fundamental porque pode descrever a funcionalidade de um programa por intermédio de uma síntese de seus componentes principais. O desenho de uma matriz, a partir do modelo teórico, configura-se na etapa seguinte e apresenta os critérios, indicadores e parâmetros a serem utilizados¹⁴.

Critérios são os princípios que servem de base para o julgamento dos desempenhos, não apenas como execução de uma tarefa, mas como uma mobilização de atributos necessários para sua execução¹⁵. Hartz¹⁴ observa que o critério é definido como um componente ou aspecto da estrutura de um serviço ou sistema de saúde, ou de um processo ou resultado de um cuidado, que dá suporte à qualidade da atenção prestada. Embora a avaliação de desempenho seja geralmente ligada à mensuração de eficiência na gestão de programas públicos, este não é o único e nem o mais importante critério a ser utilizado na avaliação. A lista dos critérios que podem ser utilizados é grande e a escolha de um, ou vários deles, depende principalmente dos aspectos que se deseja dar mais atenção na avaliação¹⁶.

Os indicadores utilizados em uma avaliação são importantes para traduzir, entender e estimar os efeitos dos conceitos do programa, e também para garantir a credibilidade da informação. Os indicadores são variáveis que conseguem quantificar as variações no comportamento dos critérios de qualidade estabelecidos. Proporcionam as informações necessárias para descrever tanto a realidade como as modificações devido à presença do serviço ou da assistência. Estas variáveis medem resultados da assistência e permitem quantificar variações no comportamento dos critérios de qualidade estabelecidos¹⁷. Para a Rede Interagencial de Informações Para Saúde (RIPSA)¹⁸ são medidas-síntese que contém informação relevante sobre atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Como o processo de avaliação é dinâmico, novos indicadores podem ser criados ou podem ser ajustados aos indicadores já existentes¹⁹. O indicador não é um fim em si, mas um meio; ele é, portanto, válido para o contexto específico do que se está avaliando²⁰. Como é difícil medir todas as ações e resultados dentro de um sistema de saúde, é necessária uma pré-seleção, priorizando-se indicadores a partir do que se considera mais importante medir. Por outro lado, um indicador usado isoladamente, traz poucas informações, dessa forma deve-se

eleger um número maior de indicadores que, quando analisados em conjunto, produzam avaliações coerentes para a gestão do sistema de saúde em questão¹⁴.

Tanaka, Melo²⁰ apontam que para se chegar a um juízo de valor, é imprescindível a comparação com parâmetros definidos. Cada indicador necessita, portanto, de um parâmetro de comparabilidade. O parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando. Donabedian²¹ argumenta que o parâmetro é uma especificação quantitativa precisa do nível de um critério, que conferirá qualidade em um grau determinado.

Os parâmetros podem ser absolutos (as metas estabelecidas por um programa são consideradas como um padrão a ser alcançado); históricos (comparam resultados de um período com anteriores), normativos (comparam o desempenho de um programa com outros parecidos), teóricos (realizados na própria elaboração do programa, sob a hipótese da obtenção dos resultados esperados, dado os recursos disponíveis), e negociados ou de compromisso (baseiam-se em algum procedimento específico para sua fixação, decorrente de acordo entre as partes envolvidas na gestão de programa e os formuladores). Uma metodologia de avaliação envolve, então, a escolha de um ou o conjunto de critérios e o uso de indicadores consistentes com os critérios escolhidos e que permitam realizar um julgamento continuado e eficaz através do desempenho desses programas, frente ao confronto com os padrões de desempenho estabelecidos anteriormente¹⁶.

A avaliação poderia ser utilizada como uma prática sistemática na saúde para dar aos gestores as informações necessárias para a intervenção e constituir-se em uma base importante para o acompanhamento contínuo das ações de saúde. Nos últimos anos, observou-se no país o delineamento de uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica com o objetivo de transformar a avaliação em uma estratégia de rotina na vida dos gestores e profissionais⁴.

Nos últimos dez anos, a atenção básica à saúde no Brasil passou por diferentes inovações, principalmente a partir da criação da ESF como modelo assistencial e do grande investimento no crescimento da rede e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção. Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização dos serviços, e também nos impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações. Sendo assim, a utilização da avaliação passou a ser uma ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade²².

Das várias abordagens utilizadas na avaliação da qualidade em saúde, o modelo mais empregado é o de Donabedian²¹, pautada em três componentes: i) estrutura; ii) processo;

iii) resultado. A estrutura está relacionada às características mais estáveis, como recursos humanos, físicos e financeiros, bem como arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento. A avaliação de processo está relacionada a conhecer, supervisionar e garantir qualidade do processo de prestação de serviço de acordo com padrões de excelência técnica²³. Pode ser subdividida em três dimensões: a) técnica – adequação dos serviços às necessidades; b) relações interpessoais – interação psicológica e social entre clientes e produtores do cuidado; c) organizacional – acessibilidade dos serviços, extensão da cobertura dos serviços oferecidos, assim como a globalidade e continuidade dos cuidados. A avaliação do resultado consiste na observação se os resultados observados correspondem aos esperados. São comparados os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados²⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde²⁵ a avaliação como componente da gestão em saúde é observada pela existência de uma série de iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população²⁵.

A elaboração de uma política nacional de monitoramento e avaliação para a atenção básica foi desencadeada pelo Ministério da Saúde em 2003, tendo como pressuposto que a institucionalização da avaliação dá suporte aos processos decisórios, subsidia a identificação de problemas e permite a mensuração do impacto das ações implementadas na saúde da população²⁵.

Silva, Formigli²⁶ já detectavam uma quantidade numerosa de informações registradas com rotina pelos serviços, que não estavam sendo utilizadas para a análise da situação de saúde, definição de prioridades e reorientação de práticas. Esse tipo de situação ainda persiste, mesmo que essas informações se constituam em matéria-prima para a criação de um processo de acompanhamento e avaliação contínuos, que poderiam ajudar os gestores para definir estratégias de intervenção mais adequadas. No âmbito nacional, os principais instrumentos de acompanhamento e avaliação são o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Todavia, de acordo com a Comissão de Avaliação da Atenção Básica no Brasil não é possível determinar, a partir dos indicadores de resultado do Pacto, qual dimensão é priorizada: promoção, prevenção ou cura.

A Comissão concluiu que a análise dos indicadores do Pacto não aponta mudanças nos modelos de atenção e gestão²⁷.

No que se refere à avaliação da atenção à saúde bucal, Chaves⁵ foi pioneiro ao conceituar, classificar e propor a aplicação da avaliação da atenção odontológica no Brasil. Propôs a avaliação equilibrada e concomitante em diferentes níveis: avaliação do esforço, da eficácia, de eficiência, da propriedade, da adequação e da qualidade.

Sabe-se que há uma considerável carência de estudos de avaliação do desempenho da gestão na atenção à saúde bucal no Brasil. Colussi¹ procedeu a uma revisão de literatura sobre o tema e identificou um pequeno número de estudos de avaliação da qualidade do serviço ou da assistência em saúde bucal. A diversidade metodológica é apontada pela autora como outra importante dificuldade na análise dos estudos. Outras conclusões da autora: a avaliação da qualidade dos serviços e ações em saúde bucal é objeto recente das pesquisas, podendo ser motivada pela inclusão de equipes de saúde bucal na ESF; nem todos os trabalhos levantados e classificados pelos autores como estudos de avaliação emitem juízo de valor referente ao processo de avaliação realizado; os estudos com enfoque avaliativo se concentraram na percepção ou satisfação do usuário, todavia sem definição de dimensões, indicadores, parâmetros e juízo de valor. Por fim, observou-se que os poucos trabalhos publicados sobre o tema constituíram-se de pesquisas de iniciativa de avaliadores externos (os pesquisadores) que geraram conhecimentos que nem sempre foram utilizados para tomada de decisão pelos gestores.

Colussi, Calvo²² propõem então um modelo de avaliação baseado em pressupostos teóricos fundamentados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde que responsabilizam o município em formular e executar políticas públicas que objetivem a redução de riscos de doenças, assim como possibilitar o acesso universal às ações e serviços. Como resultado, espera-se a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

O modelo então propõe duas grandes dimensões: 1- Gestão da Saúde Bucal e 2- Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. A primeira tem como foco ações relacionadas aos princípios de equidade e é composta pelas seguintes subdimensões: Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infra-estrutura²².

Já a dimensão de Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal tem como focos a Criança, o Adolescente, o Adulto e o Idoso. As ações de saúde em cada um dos ciclos de vida são avaliadas sob o ponto de vista da integralidade, considerando ações nas subdimensões: Promoção e Prevenção e Diagnóstico e Tratamento²².

Os critérios de desempenho utilizados pelo modelo foram: qualidade, valor, mérito, eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Para a dimensão Gestão da Saúde Bucal, foram utilizados quatro indicadores para cada subdimensão: relevância, efetividade, eficácia e eficiência, totalizando 16 indicadores. Para a dimensão Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal foram utilizados três indicadores para cada subdimensão: relevância, efetividade e eficácia. Como esta dimensão possui quatro focos (ciclos vitais), totalizam 24 indicadores. Portanto, para avaliar a qualidade da atenção odontológica na atenção básica municipal, foram utilizados 40 indicadores²². Os indicadores e as medidas utilizadas são apontadas no Anexo A.

Um outro estudo de avaliação em saúde bucal na atenção básica foi realizado por Nickel, Caetano e Calvo¹⁰. A matriz avaliativa foi desenvolvida em parceria entre Universidade Federal Santa Catarina (UFSC) e Secretaria do Estado de Santa Catarina. O modelo teve duas dimensões para avaliar as decisões do gestor: uma política, relativa às ações de organização da atenção; e outra técnica, relativa ao provimento das ações. A definição dos indicadores ocorreu mediante oficinas de consenso com especialistas e a aplicabilidade do modelo foi testada em 21 municípios catarinenses, definidos pelo critério de acesso.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem-se restringido aos serviços básicos, ainda assim, com grande demanda reprimida para esses tipos de procedimentos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária e Terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde²⁸.

Procura-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção, com fluxos assistenciais entre os serviços da atenção básica aos mais especializados, sabendo que os serviços básicos são os de uso mais frequente e é considerado o primeiro contato com a população²⁹.

Pela necessidade de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, o governo federal criou em 2004 o Brasil Sorridente como uma Política Nacional de Saúde Bucal³⁰. Uma das características desta política é a reorganização da média

complexidade em saúde bucal através do incentivo à implantação dos CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas.

Os CEOs são uma referência para a Atenção Básica, e devem oferecer pelo menos as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento à pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. O tratamento oferecido nesses centros é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica nos municípios através da ESF e equipes de saúde bucal. Cada CEO credenciado passa a receber recursos do Ministério da Saúde, de acordo com o que está definido pela Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006. A implantação de centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e estados e municípios contribuem cada um com outra parcela³¹.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) trazem princípios para a reorientação das práticas no sistema da saúde bucal, com capacidade de criar um processo novo de trabalho tendo como objetivo a produção do cuidado³⁰. Neste sentido a PNSB traz seus princípios e pressupostos, as adequações necessárias ao processo de trabalho; define as ações de proteção e promoção à saúde, reabilitação e recuperação; relata a necessidade de qualificar e ampliar a atenção básica, secundária e terciária em saúde bucal e orienta que estas diretrizes sejam de acordo com a Estratégia de Saúde da Família³⁰.

No contexto do SUS, a alta complexidade é um conjunto de procedimentos que envolve alto custo e tecnologia, com objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os ao restante dos níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que formam a alta complexidade no campo da odontologia são as cirurgias realizadas em hospitais pelos cirurgiões buco maxilo-faciais: cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático³².

Em relação à anomalia craniofacial, a mesma é entendida como uma alteração congênita que envolve a região do crânio e da face, da qual uma das mais comuns é a fissura do palato e/ou lábio. O portador desse tipo de lesão precisa de diversas cirurgias para resolver de forma satisfatória o caso, pois se não for adequadamente tratado no momento certo, sua saúde pode sofrer graves consequências, como infecções de repetição, desnutrição, engasgos, pneumonias aspirativas, entre outras³³.

Por intermédio da Portaria SAS/MS n. 126/1993, os códigos para as cirurgias destinadas ao tratamento desse tipo de lesão foram incluídos na tabela de procedimentos do

SIH/SUS. Já a Portaria SAS/MS n. 62/1994 estabeleceu as normas para o cadastramento dos hospitais que realizam os procedimentos integrados para a realização estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal no SUS³³.

A Portaria SAS/MS n. 187/1998 também incluiu procedimentos novos a cirurgias múltiplas em pacientes com lesões labiopalatais ou craniofaciais e a Portaria SAS/MS n. 503/1999 criou grupos de procedimentos para utilização exclusiva em hospitais autorizados a realizarem os procedimentos de alta complexidade em lesões labiopalatais/deformações craniofaciais³³.

Em 2005, no cenário da assistência hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar - AIH e criou também a Política Nacional de Atenção Oncológica, garantindo o acesso da população com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para cuidar e tratar da patologia, assegurando qualidade na atenção. Outra ação foi a necessidade da atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)³³.

No ano de 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.032/GM, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes com necessidades especiais e que precisam de atendimento em ambiente hospitalar³³.

É interessante ressaltar que pacientes com necessidades especiais têm classificação e conceito amplos, e requerem uma atenção odontológica diferenciada. Até a publicação da portaria supracitada, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os CEOs tinham bastante dificuldade para encaminhar pacientes que não colaboravam com atendimento ou que tinham algum tipo de comprometimento grave para o atendimento hospitalar sob anestesia geral, e os hospitais e profissionais não tinham como registrar o procedimento e tampouco recebiam pagamento pelo serviço. Com a publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passaram a receber pelo serviço dos procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar³³.

Na tabela do SUS os procedimentos da alta complexidade são em pequeno número no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e também no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), mas com impacto financeiro muito elevado, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia³².

Dentre os inúmeros significados da integralidade em saúde relatados na literatura^{34,35, 36} está a ideia da integralidade como base para a organização e gestão dos serviços de

saúde. Neste sentido, refere-se a um sistema que garante de forma articulada, para as pessoas e comunidade, ações sanitárias de três tipos: promoção e recuperação de saúde, prevenção de acidentes e enfermidades. As ações de recuperação incorporam os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária³⁷.

É neste contexto que se observa a integralidade em saúde bucal proposta pela PNSB: a de criação dos CEOs como uma estratégia para disponibilizar atenção secundária em saúde bucal, de referência para a atenção primária, com oferta de serviços especializados de odontologia.

A integralidade está em todos os níveis de atenção e ajuda na organização dos serviços em diferentes aspectos: integração de ações programáticas, demanda espontânea; ações de promoção à saúde e prevenção de agravos; da vigilância à saúde; do tratamento e a reabilitação; do trabalho de forma multiprofissional; e da coordenação do cuidado na rede de serviços³⁸. Para organizar os serviços de modo que a integralidade esteja interligada nas atividades e nas práticas é necessário criar um modelo de atenção que tenha uma ideia ampliada de saúde.

Alguns estudos mostram que a qualificação da atenção em saúde bucal ainda permanece com limitações no que se refere a construção de uma atenção integral. Em relação a integração do trabalho dos profissionais, os estudos mostram práticas concentradas na doença do usuário, e queixas pela falta de conhecimento do território e da situação de saúde da sua área de atuação, revelando um olhar pouco ampliado dos profissionais^{39,40}.

Em relação a organização dos serviços, os estudos indicam que o trabalho da saúde bucal está de forma fragmentada e com pouca integração entre os profissionais das unidades básicas de saúde. Um dos pontos que refletem a desvinculação com os demais profissionais de saúde é a existência de prontuários não unificados^{41, 42}. Os estudos mostram também a falta de acolhimento nas unidades, com delegação desta função para a recepção, o que não garante retornos para continuidade e resolubilidade dos casos odontológicos^{39,42}.

Como alternativa de se alcançar a integralidade em saúde, tem-se planejado a necessidade de integrar os serviços em redes assistenciais, já que os profissionais de saúde e as organizações não possuem todos os recursos e competências necessários para solucionar os problemas de saúde de uma população⁴³.

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, é uma política intersetorial da Educação e da Saúde, ou seja, as políticas desses setores voltadas para as crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se juntam para desenvolver ações. A união entre escolas e rede básica de saúde é o seu principal pilar. O PSE é uma

estratégia para integrar a saúde e a educação, desenvolver cidadania e qualificar as políticas públicas brasileiras⁴⁴.

A proposta é centrada na gestão compartilhada através dos Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI), onde a execução, o planejamento, monitoramento e a avaliação das ações são realizados coletivamente, de forma a atender as necessidades e demandas da comunidade. Por isso, os GTIs precisam ter, pelo menos, um representante da Secretaria de Educação e um da Secretaria da Saúde e, se necessário, outros parceiros da região representantes de políticas públicas e/ou movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental, entre outros)⁴⁴.

Com a intenção de facilitar a logística de trabalho das equipes de educação e saúde, o PSE trabalha com três dimensões que necessitam ser desenvolvidas para criar os processos de educação e saúde integral e qualificar a gestão intersetorial. As três dimensões são as seguintes: 1- Avaliação das Condições de Saúde; 2- Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; 3- Formação. É fundamental que o planejamento e as ações realizadas pelos GTIs e pelas equipes de educação e saúde tenham todas as dimensões potencializando a atenção à saúde, a prática intersetorial e a educação integral⁴⁴.

No ano de 2013, o PSE realizou ações essenciais e optativas. Essas ações servem para atender de forma integral a saúde dos escolares e precisam ser criadas a partir do diagnóstico das necessidades de saúde da população local.

As ações essenciais estão ligadas aos programas prioritários do Governo Federal, são de pactuação obrigatória e o registro nos sistemas de monitoramento precisa ser realizado para o alcance do recurso financeiro e das metas. As ações essenciais estão vinculadas aos seguintes programas do Governo Federal: Plano Brasil sem Miséria e sua ação Brasil Carinhoso; Projeto Olhar Brasil, Programa Brasil Sorridente e Programa Crack: é possível vencer. Já as ações optativas não estão vinculadas a Programas prioritários do Governo Federal, por isso são de livre pactuação e seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro.

Pautado nessa revisão este estudo tem como objetivo propor um modelo de avaliação da qualidade de atenção a saúde bucal de crianças.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Desenvolver um modelo de avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal da criança no Estado de Santa Catarina.

3.2 ESPECÍFICOS

- Desenvolver um modelo teórico para a avaliação da atenção à saúde bucal da criança.
- Formular indicadores apropriados para a avaliação da atenção à saúde bucal da criança.
- Testar a aplicabilidade do modelo desenvolvido em municípios catarinenses.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo avaliativo da qualidade da atenção à saúde bucal da criança, cujo percurso metodológico incluiu as seguintes etapas: 1- Elaboração do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa; 2- Teste de aplicabilidade.

4.1 ELABORAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ AVALIATIVA

O modelo elaborado foi parcialmente baseado no modelo desenvolvido por Colussi¹ no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tal modelo de avaliação é fundamentado em pressupostos teóricos dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que responsabilizam o município em formular e executar políticas públicas que objetivem a redução de riscos de doenças, assim como possibilitar o acesso universal às ações e serviços²¹.

O modelo teórico-lógico foi a base para a elaboração de uma matriz avaliativa a partir da definição de dimensões e subdimensões advindas de um marco conceitual resultado de extensa revisão de literatura e das políticas públicas vigentes. Na matriz avaliativa constam indicadores e medidas que permitem avaliar cada dimensão². O desenvolvimento de uma avaliação requer a construção de uma matriz que apresente os critérios e indicadores que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas⁴⁵.

Rationale é a base para explicação da escolha dos indicadores e medidas. É a justificativa da seleção, fundamentada em documentos oficiais e na revisão de literatura²². A avaliação com a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos impõe a construção de um modelo teórico-lógico como etapa indispensável. Nesse processo, são consideradas a revisão de literatura, documentação normativa disponível, e a percepção de diversos pesquisadores implicados no processo⁴³.

O marco conceitual para elaboração da matriz avaliativa foi composto por:

1- Revisão de literatura para busca de estudos de avaliação de serviços de atenção à saúde bucal no Brasil e em outros países. Os descritores utilizados foram “Avaliação em saúde”, “Avaliação em saúde bucal”, “Crianças” e suas combinações. As bases de indexação foram aquelas que compõem a Biblioteca Regional de Medicina (www.bireme.br): *Medline*, *SciELO*, *Bireme*, *Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO)*, entre outras. Como critério de

inclusão, adotou-se o período de publicação entre 2003 e 2013. Foram identificados 124 artigos e utilizados 82, baseado no critério de inclusão proposto.

2- Levantamento e revisão das políticas públicas vigentes relacionadas à saúde da criança no Brasil e no Estado de Santa Catarina: Política Nacional de Saúde Bucal; Política Nacional de Promoção da Saúde; Programa Saúde na Escola; e Estatuto da Criança e do Adolescente.

3- Oficinas de trabalho. Utilizou-se uma técnica mista para realização das oficinas. Primeiramente foram realizadas três oficinas, em comitê tradicional, com pesquisadores e professores vinculados ao NEPAS, UFSC e UNISUL. O objetivo foi discutir e definir dimensões, subdimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa. Foi apresentado o modelo teórico-lógico e o marco teórico utilizado para sua elaboração, a fim de que os participantes se apropriassem dos conceitos e respectivos significados. Na segunda e terceira oficinas foram realizadas discussões para definição dos indicadores e medidas, que iniciou pela apresentação de uma lista de indicadores utilizados em outros estudos de avaliação em saúde bucal.

A quarta oficina realizada com a técnica Delphi e serviu para submeter a proposta obtida nas três oficinas anteriores à avaliação de especialistas em atenção à saúde bucal. Para tanto, foram encaminhadas correspondências eletrônicas com o projeto de pesquisa e a matriz avaliativa em anexo para um grupo de sete especialistas. Esse grupo foi composto por professores doutores em Saúde Coletiva da UFSC, participantes do NEPAS e gestores da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Estabeleceu-se um período de três semanas para a devolução das avaliações. Do total de sete convidados, houve a participação de cinco especialistas (71,4%). Os participantes enviaram suas sugestões sobre cada indicador e seu respectivo *rationale*.

Após as oficinas, procedeu-se a sistematização de todas as propostas e, para cada indicador definiu-se uma medida, estabelecendo-se a fonte dos dados para o seu cálculo. As escolhas foram justificadas (*rationale*) a partir de referências bibliográficas, também discutidas nas oficinas. Uma vez definidos os indicadores, medidas e fonte das informações, procedeu-se o teste de aplicabilidade.

4.2 TESTE DE APLICABILIDADE

4.2.1 Coleta Dos Dados

Os dados primários foram provenientes das Secretarias Municipais de Saúde, a partir da construção *on-line* de um instrumento de coleta de dados em forma de formulário, utilizando o *software* FormSUS. Este formulário continha 33 perguntas, todas do tipo fechadas relativas à caracterização e medidas propostas na matriz avaliativa (APÊNDICE B). O *link* desse formulário, a matriz avaliativa, o modelo teórico-lógico e o resumo do projeto foram enviados por *e-mail* aos municípios participantes da pesquisa, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Uma amostra não probabilística de 18 municípios, sendo dois por macrorregião obedeceu as seguintes etapas e critérios:

1- Foram criados grupos de municípios por macrorregiões e porte populacional de acordo com os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esses grupos foram organizados em ordem decrescente por tamanho da população residente no ano de 2013, e depois divididos em quatro partes (quartis). O Estado de Santa Catarina é dividido em nove macrorregiões de saúde: Meio Oeste, Grande Oeste, Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Sul, Nordeste, Planalto Norte e Serra Catarinense.

2- Em cada macrorregião de saúde foi selecionado o primeiro município do primeiro quartil e o último município do quarto quartil, o que proporcionou a composição da amostra com um município de grande porte e outro de pequeno porte populacional por macrorregião. Os municípios do primeiro quartil das macrorregiões Meio-Oeste, Foz do Rio Itajaí e Vale do Itajaí e município do quarto quartil da região Nordeste não aceitaram participar da pesquisa. Assim estes municípios foram repostos pelos segundos municípios do primeiro quartil e o penúltimo município do quarto quartil das mesmas macrorregiões. Os municípios participantes da amostra são apontados no Quadro 1.

Quadro 1 - Municípios participantes da pesquisa por macrorregião e porte populacional.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	PEQUENO PORTE	GRANDE PORTE
Meio Oeste	Presidente Castelo Branco	Concórdia
Grande Oeste	Santiago do Sul	Chapecó
Vale do Itajaí	Presidente Nereu	Brusque
Foz do Rio Itajaí	Luiz Alves	Balneário Camboriú
Grande Florianópolis	Rancho Queimado	Florianópolis
Sul	Ermo	Criciúma
Nordeste	Balneário Barra do Sul	Joinville
Planalto Norte	Bela Vista do Toldo	São Bento do Sul
Serra Catarinense	Painel	Lages

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Antes de iniciar a coleta desses dados pelo formulário FormSUS, foi realizado contato telefônico e por correspondência eletrônica com as secretarias municipais envolvidas para explicar os objetivos do estudo e como seria a forma de coleta dos dados, ou seja, de como eles deveriam preencher o formulário e acessar o *link* enviado. O grupo de respondentes foi composto por Secretário de Saúde (n=1), Coordenadores de Saúde Bucal (n=14), Coordenador da Estratégia de Saúde da Família (n=1) e do Centro de Especialidades Odontológicas (n=2), no qual teve um período de quatro semanas para coleta dos dados.

4.2.2 Cálculo dos Indicadores e Análise dos Dados

Todos os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica no *Microsoft Excel* especialmente desenhada para este estudo. Após a digitação, os dados foram submetidos a um controle de consistência, com o objetivo de identificar e corrigir possíveis erros de preenchimento do formulário ou de digitação dos dados.

Os resultados das medidas dos indicadores foram convertidos para escores 0, 1 ou 2, através da fórmula condicional do *Microsoft Excel*, onde 0 indicou situação "Insatisfatória", 1 situação "Regular" e 2 situação "Satisfatória". Isto foi necessário em função de haver medidas de magnitudes heterogêneas.

Após a conversão e cálculo dos indicadores, os escores foram somados para cada município e para cada indicador. O valor máximo para cada município e para cada indicador

poderia chegar a 36, já que são 18 municípios e 18 indicadores. Com essa pontuação estabeleceu-se um *ranking* a partir dos valores atingidos. A partir dos valores finais apresentados pelos municípios, chegou-se a um juízo de valor para a qualidade da atenção em saúde bucal infantil prestada, podendo ser: “Satisfatório” (escore 2), “Regular” (escore 1), ou “Insatisfatório” (escore 0). A determinação do juízo ocorreu segundo a distribuição quartílica, sendo os 25% melhores colocados considerados “Satisfatório”, os 50% intermediários considerados “Regular” e os 25% piores colocados classificados como “Insatisfatório”²². A classificação segundo quartis possibilita uma avaliação mais realista, pois compara os municípios com seus pares e evita uma medida padrão a ser alcançada. A determinação para soma final dos juízos de valor de cada município e de cada indicador teve os seguintes pontos de corte: Insatisfatório: soma dos escores até 20; Razoável: soma maior que 20 e menor que 31 e Satisfatório soma maior ou igual a 31.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

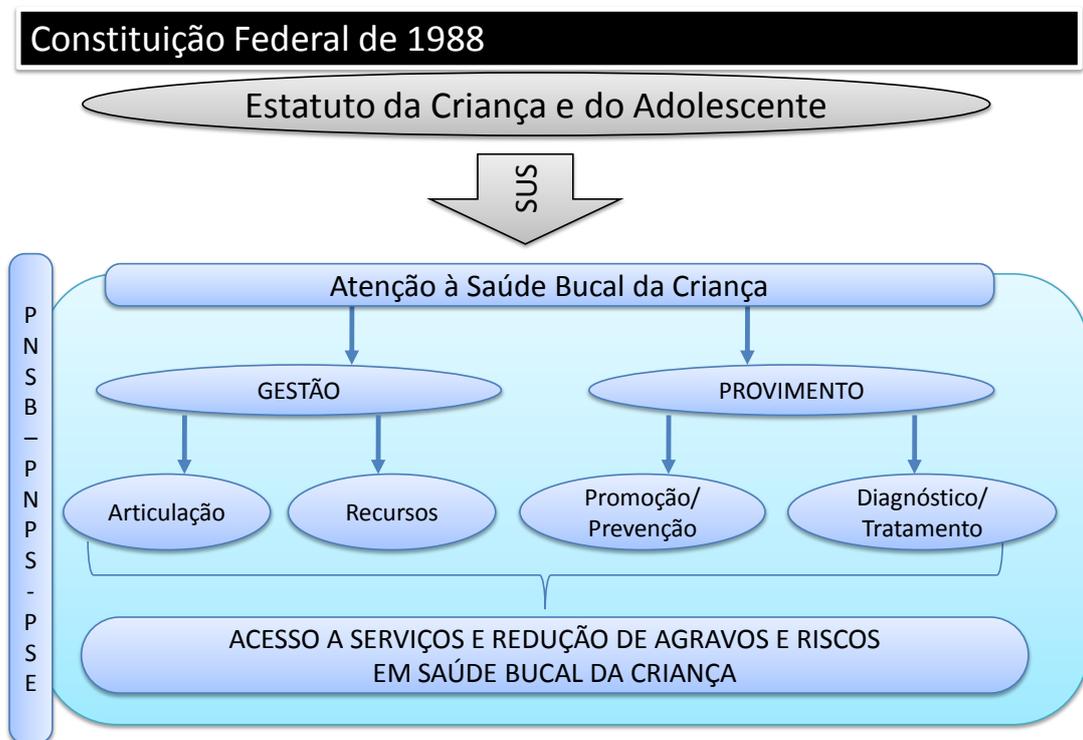
Este estudo está em conformidade com a resolução de 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL. Foi aprovado sob protocolo 792.298 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

5.1 MODELO TEÓRICO-LÓGICO

A avaliação que tem como objetivo a emissão de juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios, indicadores e referenciais definidos previamente, impõe a construção de um modelo teórico-lógico como etapa indispensável. Nesse processo, são consideradas a revisão de literatura, documentação normativa disponível, e a percepção de diversos pesquisadores implicados no processo⁴³.

Quadro 2 - Desenho do modelo teórico-lógico para avaliação da atenção à saúde bucal da criança.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

O marco teórico que sustenta o modelo lógico do presente processo avaliativo está baseado, inicialmente na legislação vigente, isto é, no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Estatuto da Criança e do Adolescente. O primeiro norteia os princípios fundamentais e a organização dos serviços de saúde, dos quais são originadas as Políticas de Saúde para promover a saúde e reduzir riscos e danos à saúde bucal da criança. O segundo aborda tratamento social e legal que deve ser oferecido às crianças e adolescentes do Brasil, com um

espírito de maior proteção e cidadania. A segunda parte foca o conhecimento atual sobre evidências científicas sobre práticas diagnósticas, preventivas e terapêuticas na atenção à saúde da criança que os serviços podem dispor para promover a saúde bucal, diagnosticar e tratar as doenças bucais neste segmento da população.

5.1.1 O Sistema Único de Saúde

A atual Constituição, promulgada em 1988 é a sétima na história do Brasil, desde sua independência. É considerada a mais completa entre as constituições brasileiras, com destaque para diversos aspectos que garantem o acesso à cidadania⁴⁶. Está organizada em nove títulos que abrigam 245 artigos com princípios, direitos e garantias fundamentais, organização do estado, dos poderes, defesa do estado e das instituições, tributação e orçamento, ordem econômica e financeira e ordem social. Em relação às Constituições anteriores, a Constituição de 1988 representou um grande avanço, onde se destaca a saúde como direito da população e dever do estado⁴⁶.

Com a Constituição, foi proposto o Sistema Único de Saúde (SUS) que trouxe um novo sistema organizacional para o setor saúde, reordenando os serviços e as ações neste campo. Esse sistema estabeleceu ações de promoção, proteção e recuperação da saúde baseadas em princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, denominados princípios doutrinários do sistema⁴⁷.

O princípio da Universalidade postula que o acesso aos serviços e ações deve ser garantido a todos os indivíduos, independentemente de cor de pele, renda, sexo ou ocupação. Na realidade, pode ser considerado como um princípio finalístico, um ideal a ser alcançado, indicando uma das características do SUS. Já o princípio da Equidade garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou quaisquer privilégios de diferentes espécies, em prol da justiça social. A ideia de equidade remete à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” a fim de alcançar a igualdade de diferentes oportunidades de sobrevivência e de desenvolvimento social e pessoal de uma população. O princípio da Integralidade considera a pessoa como um todo, onde as ações de saúde devem atender a todas as suas necessidades. A noção de integralidade refere-se a inúmeras ações de prevenção de agravos e riscos, promoção da saúde e assistência aos doentes⁴⁸.

Destes três princípios surgiram os princípios organizativos: Hierarquização, Participação Popular e Descentralização. A Hierarquização pode ser considerada um conjunto articulado dos serviços e ações curativas e preventiva em todos os níveis de complexidade do

sistema. Trata-se da possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade, ou seja, o estabelecimento de uma rede interligada das unidades mais simples às unidades mais complexas, por um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de redes hierarquizadas pode criar também o vínculo específico entre unidades de diferentes graus de complexidade tecnológica, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou de atenção à saúde mental. Já a Participação Popular pode ser entendida como a democratização nos processos de decisões, onde os usuários participam nos chamados Conselhos Municipais de Saúde. E por fim, a Descentralização, que vai consolidar a municipalização das ações de saúde, propiciando ao município o papel de gestor financeiro e administrativo do SUS. O poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal é, então transferido para os estados e municípios⁴⁹.

Após a implantação do SUS, iniciou-se o processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na sua qualidade. Foi necessário resgatar um modelo de atenção primária à saúde para garantir a integralidade das ações e dos serviços prestados, ocupando uma posição diferente ao modelo convencional vigente⁴⁹.

Assim, todos os estados e municípios necessitaram ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde. Os conselhos seriam fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde e a União, o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é de responsabilidade da União e a outra metade, dos Estados e Municípios. A União então deve formular políticas nacionais, mas a implementação é de responsabilidade dos demais entes federativos e outros parceiros, como organizações não governamentais e iniciativa privada⁵⁰.

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica como unidades básicas de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família. A partir do primeiro atendimento, o usuário poderá ser encaminhado para outros serviços de maior complexidade como hospitais ou clínicas especializadas. O sistema deve funcionar de forma referenciada, pois se o gestor local do SUS não dispuser do serviço de que o usuário necessita, deve encaminhá-lo para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e o sistema de referência devem ser pactuados entre os municípios⁵⁰.

Diferentes políticas Nacionais são importantes instrumentos de operacionalização do SUS. São exemplos, a Política de Saúde do Idoso, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Para esse estudo serão destacadas quatro políticas fundamentais para o modelo lógico ora em descrição: a Política Nacional de Atenção Básica,

a Política Nacional de Promoção de Saúde, a Política Nacional de Saúde Bucal e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

5.1.1.1 Política Nacional de Atenção Básica

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É elaborada por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações em territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato principal dos usuários com os sistemas de saúde e se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁵¹.

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua vida. Visando à operacionalização da atenção básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança e da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde³¹.

No contexto da atenção básica surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, com o propósito de alterar o modelo da atenção à saúde, passando a ter como núcleo o cuidado às famílias, sendo as mesmas abordadas e compreendidas partir do meio onde vivem⁴⁹. Tratava-se de um programa para priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos, de uma forma integral e contínua. O acolhimento deve ser realizado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de co-responsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que ajuda na identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade⁵¹.

Baseado em experiências municipais e, por ser uma nova maneira de abordar a atenção básica em saúde no Brasil, esse programa começou lentamente a ser implantado nos

municípios brasileiros, inicialmente em algumas áreas do Nordeste e municípios menores no interior do Brasil⁵². Em mais de dez anos de existência, esse programa sofreu mudanças, deixando de se caracterizar como um Programa para tornar-se uma Estratégia e assim ser conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF está sendo vista como um modelo inovador, pautado em uma nova ética social e cultural, concretizando o cenário de promoção de saúde, na perspectiva da qualidade de vida da população brasileira. Entretanto, sua continuidade requer o estabelecimento frequente de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde⁵².

Dentre as ações da ESF, as ações educativas surgiram como ferramenta principal para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, e promover ações que conduzam a mudanças em atitudes e comportamentos direcionados à proteção e melhoria da saúde. A contribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passou a ser de facilitadores no processo da educação em saúde⁵².

Já em 2000, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº-1.444, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios⁵³. O cirurgião-dentista passou a ter atribuições específicas, como:

"I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

II - realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

III - realizar a atenção individual e coletiva em saúde bucal a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência.

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de educação permanente do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

VIII - realizar supervisão técnica do TSB e do ACD.

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade [...]”⁵¹

5.1.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal

Outra política lançada pelo Ministério da Saúde em 2003 foi a Política Nacional de Saúde Bucal, também conhecido como Programa Brasil Sorridente. Esse programa constitui-se em uma série de medidas que visam garantir ações de prevenção, promoção, e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da comunidade²⁸. O principal objetivo foi a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços de saúde bucal oferecidos, reunindo diversas ações voltadas para indivíduos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros por meio do SUS²⁸.

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na ESF, a qualificação e ampliação da atenção especializada, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público²⁸.

Essa política compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que atinge a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. 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 populações²⁸.

A ampliação da fluoretação da água de abastecimento público é uma das principais ações da PNSB. Por esse motivo, estão sendo implementadas ações que visam assegurar água tratada – clorada e fluoretada – como direito de cidadania. Já os CEOs são unidades de referência para a atenção básica, integrados ao processo de planejamento local-regional que ofertam as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor²⁸.

5.1.1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde

A partir das definições constitucionais e da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em um esforço para encarar os desafios de produção da saúde em um cenário sócio-histórico cada vez mais complicado e que exige a qualificação frequente das práticas sanitárias e do sistema de saúde⁵⁴.

A PNPS tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Os objetivos específicos da PNPS são:

- "I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- II – Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público.
- III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde.
- IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde.
- VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.
- VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis [...]"⁵⁴

5.1.1.4 Estatuto Da Criança e do Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma codificação que relata o universo mais específico ligado ao tratamento social e legal que deve ser oferecido às crianças e adolescentes do Brasil, com um espírito de maior proteção e cidadania decorrentes da própria Constituição de 1988. O ECA fala sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, sendo fruto da lei 8.069 de 13 de julho de 1990⁵⁵.

De acordo com o ECA, considera-se criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade. O artigo 4º dispõe que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta

prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Já o artigo 14º observa que o SUS deve promover programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos. O artigo 94º ressalta que as entidades que desenvolvem programas de internação têm, entre outras, as seguintes obrigações: oferecer cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos. Acrescente-se que também no artigo 7º, a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência⁵⁵.

Em relação à questão da saúde pública, além de conceder a necessidade de tratamento prioritário às crianças e aos adolescentes, informa também que o adolescente portador de deficiência deve receber atendimento diferenciado e especializado. O poder público tem a obrigação de fornecer gratuitamente os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Da mesma maneira, determina que as unidades de atendimento à saúde devem proporcionar condições dignas para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente⁵⁵.

5.2 MATRIZ AVALIATIVA

A matriz avaliativa foi composta por 2 dimensões, 4 subdimensões e 18 indicadores, sendo 9 indicadores para cada dimensão. O Quadro 3 mostra as dimensões, subdimensões e indicadores e o Quadro 4 mostra os indicadores com suas respectivas medidas. Na sequência é apresentado as *rationales* correspondentes.

Quadro 3 - Matriz avaliativa, dimensões, subdimensões e indicadores.

DIMENSÃO: GESTÃO		
SUBDIMENSÃO	ARTICULAÇÃO	INDICADORES
		Desenvolvimento de hábitos saudáveis. Acesso ao flúor. Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento.
SUBDIMENSÃO	RECURSOS	INDICADORES
		Planejamento dos recursos humanos. Acesso ao cirurgião-dentista. Adequação da equipe de saúde bucal. Adequação da capacidade instalada. Aporte de recursos extras para saúde bucal. Adequação da estrutura física.
DIMENSÃO: PROVIMENTO		
SUBDIMENSÃO	PROMOÇÃO/PREVENÇÃO	INDICADORES
		Educação em saúde bucal. Prevenção individual. Saúde bucal na escola. Ações integradas na equipe de saúde.
SUBDIMENSÃO	DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO	INDICADORES
		Planejamento adequado do tratamento. Assistência especializada. Tratamento completado. Acesso ao tratamento. Equidade.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Quadro 4 - Indicadores e Medidas.

(continua)

INDICADORES	MEDIDAS
Desenvolvimento de Hábitos Saudáveis	% escolas municipais com controle de alimento na cantina
Acesso ao flúor	% de domicílio atendidos pela fluoretação
Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coleta sistemática (mensal)
Planejamento dos recursos humanos	% UBS em que houve interrupção do atendimento por mais de 15 dias consecutivos, por falta de profissional da ESB.
Acesso ao cirurgião-dentista (CD)	% de equipes da Atenção Básica com ESB
Adequação da ESB	Proporção auxiliar de saúde bucal/CD
Adequação da capacidade instalada	Nº Consultórios x 3520/total população
Aporte de recursos extras para a saúde bucal	Adesão do município ao Programa Saúde na Escola (PSE)
Adequação da estrutura física	% de UBS com espaço reservado para reunião e/ou atividades educativas das equipes
Educação em saúde bucal	% UBS com grupo de gestantes ou bebês em que a ESB participa de atividades
Prevenção individual	% de procedimentos não-invasivos em crianças
Saúde Bucal na Escola	% escolas públicas municipais com prática de escovação dental após lanche
Ações integradas na equipe de saúde	% de UBS com existência de práticas de promoção em saúde realizados em conjunto com a ESB nas UBS
Planejamento adequado do tratamento	Total de 1ª consulta programática em crianças, no ano/total da população de crianças

Quadro 4 - Indicadores e Medidas.

(conclusão)

Assistência especializada	Existência de referência operante para a especialidade de Odontopediatria
Tratamento Completado (TC)	Nº total de TC em crianças, no ano/Nº total de 1ª consulta programática em crianças, no ano
Acesso ao Tratamento	Percentual de consultas para crianças
Equidade	Percentual de UBS que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua abrangência

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Gestão em Saúde Pública é o ato de planejar, administrar, liderar e organizar o modelo de saúde proposto pelas três esferas do governo⁵⁶. A qualidade da gestão pode ser medida por intermédio da habilidade do serviço municipal de saúde em tomar medidas que diminuam o risco de doenças e de outros agravos. Esta dimensão se divide em duas subdimensões: Articulação e Recursos.

A articulação do setor saúde com outros setores é importante para superar problemas mais complexos que os tradicionais, e que não podem ser resolvidos por um único setor. Para alcançar uma gestão de qualidade é preciso existir articulações entre as instituições governamentais e não governamentais ou parcerias público-privadas que envolvam a Secretaria Municipal de Saúde. Esta secretaria precisa também estar articulada com a Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica para identificação de fatores de risco, conhecer as características das pessoas que conferem maior ou menor probabilidade de acometimento de dano à saúde, ter controle sanitário dos processos, produtos e serviços de interesses da saúde, do meio ambiente e dos ambientes de trabalho⁵⁷. Esta subdimensão apresenta três indicadores: Desenvolvimento de hábitos saudáveis; Acesso ao flúor; e Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento.

O incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis é um objetivo da promoção da saúde, e incluem o estímulo à alimentação saudável e à prática de exercícios físicos. O controle da alimentação das crianças nas cantinas das escolas municipais é uma articulação intersetorial e de responsabilidade do gestor, através de uma Lei Municipal aprovada pela Câmara Municipal ou de uma articulação entre as Secretarias da Saúde e da Educação, para favorecer a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, que repercute na qualidade da saúde bucal dos escolares. A realização de práticas preventivas e/ou educativas em saúde bucal infantil nas escolas públicas indica que existe uma parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação no que se refere à saúde bucal dos escolares, sendo o Programa Saúde na Escola - PSE uma das formas de concretizar essa parceria.

O flúor na água de abastecimento para o consumo humano é um item de prevenção à cárie, e necessita de uma articulação entre as instituições municipais, estatais e/ou privadas para garantir a adequação às normas e parâmetros que regulam a disponibilidade de água tratada e fluoretada, (Lei nº. 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo Decreto nº. 76.872, de 22 de dezembro de 1975) para minimizar agravos à população, como a cárie dentária^{58,59,60}.

O flúor em teor correto na água de abastecimento público é essencial para fazer a prevenção da cárie. Esse controle deve ser realizado de forma intersetorial, pelas companhias de abastecimento, Secretaria de Saúde do Município e Vigilância Sanitária, para garantir à população o acesso adequado aos parâmetros de flúor definidos.

Já a subdimensão dos recursos incluem os humanos e a infraestrutura do sistema municipal de saúde, que são os fatores que garantem a universalidade e a igualdade do acesso às ações e serviços de saúde. O conceito de recursos humanos é próprio da área de administração, e na área da saúde envolve os trabalhadores da saúde em sua relação com o processo de trabalho no SUS. Essa área abrange diferentes pontos: composição e distribuição de trabalho, formação e qualificação profissional, organização do trabalho, relações de trabalho. A saúde da população de um país e a qualidade de seu capital humano, depende muito de uma rede de infraestrutura de apoio às necessidades. Em relação ao atendimento clínico odontológico, tal infraestrutura deve contar com equipamentos e materiais específicos. O mau funcionamento desses equipamentos ou a ausência de materiais de consumo leva à suspensão imediata do atendimento, prejudicando a qualidade do serviço prestado ao usuário²¹. Esta subdimensão apresenta seis indicadores: Planejamento dos recursos humanos, Acesso ao cirurgião-dentista; Adequação da equipe de saúde bucal; Adequação da capacidade instalada; Aporte de recursos extras para saúde bucal; e Adequação da estrutura física.

O gestor municipal deve ter um planejamento adequado na alocação de profissionais, de forma que nos períodos de férias ou em falta do profissional por motivo de doença, não ocorra a paralisação do atendimento odontológico e prejudique a qualidade da atenção à saúde bucal da criança. O período de quinze dias consecutivos refere-se ao tempo limite de dias de falta justificado com um atestado médico, após esse período o gestor deve assegurar o atendimento com substituição de profissional. O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM/SC), afirma que o atestado médico para empregados em regime trabalhista de acordo com a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) até 15 dias de licença será aceito, e se o período concedido for maior a empresa encaminhará seu empregado para a junta médica do INSS.

Acesso é uma característica da oferta de serviços, pode ser definida em seu caráter geográfico, disponibilidade de horários, facilidade na marcação de consultas e quantidade de Unidades Básicas de Saúde⁶¹. O cirurgião-dentista ou a equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família deve estar presente na atenção básica para contribuir com acesso adequado ao serviço odontológico e qualificar a atenção à saúde da criança.

A equipe mínima de saúde bucal é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal. A adequação da equipe de saúde bucal, com a presença do auxiliar, proporciona um ambiente físico ergonômico e garante agilidade no atendimento à criança, gerando menor estresse do profissional e do usuário. A proporção de um auxiliar para cada cirurgião-dentista mostra a preocupação do gestor do município com a qualidade do atendimento prestado às crianças, tornando-o mais ágil com o trabalho a quatro mãos, e também com a saúde do profissional.

O gestor deve preocupar-se com a produtividade, desta forma, a infra estrutura que existe no município deve ser suficiente para atender a demanda. É possível calcular a partir da população de cada município o número de consultórios odontológicos suficiente para a produtividade. Considerando 8 horas por dia de trabalho, 16 consultas no dia (1 hora para 2 consultas), em 1 mês (20 dias úteis): 320 consultas, e em 11 meses: 3.520 consultas no ano, dando uma relação de procedimentos/população/consultório⁶².

Os serviços locais de saúde são mantidos através de verbas do orçamento anual do município, e por transferências do governo estadual e federal. Cada município destina um percentual para a saúde bucal, de acordo com sua programação orçamentária local, que varia conforme as suas prioridades de investimento. Além da adequação do orçamento municipal de saúde, o gestor deve estar atento aos programas estaduais ou federais que incentivam certas ações através de financiamento específico. Um desses programas é o Saúde na Escola (PSE),

com o objetivo de formar uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras, e contribui com financiamento e desenvolvimento do município⁴⁴. O gestor que adere ao PSE demonstra sua preocupação em desenvolver ações voltadas aos escolares e aportar recursos extras para qualificar a atenção à saúde da criança.

A estrutura física das unidades influencia na organização dos serviços, por isso o gestor deve proporcionar unidades de saúde adequadas para o bom desempenho das equipes. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, todas as unidades devem ter na planta física um espaço destinado para às reuniões, atividades de educação em saúde, apoio matricial, discussão de casos, realização de projetos terapêuticos individuais e coletivos, entre outros⁶³. A garantia de espaços adequados para o profissional exercer atividades coletivas reflete a preocupação da gestão em dar mais qualidade à atenção à saúde da criança por meio da organização dos espaços para ações específicas de educação em saúde.

A dimensão Provimento representa o dever do município de reduzir o risco de doenças e de outros agravos. Considerando que estes sofrem alterações ao longo do ciclo de vida, esta dimensão tem como foco a criança. Divide-se em duas subdimensões: Promoção/Prevenção; e Diagnóstico/Tratamento.

As ações de promoção e prevenção são essenciais para construção de uma atenção qualificada e devem estar previstas nos serviços³⁷. Promoção da saúde refere-se a estratégias de ação articuladas com objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir os riscos à saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis⁶⁴. O significado do termo Promoção da Saúde associa-se a valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Envolve também as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais⁶⁵. Já as ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência nas populações. Baseia-se no conhecimento epidemiológico de doenças e agravos para orientar as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco das enfermidades, tendo como foco a doença e os mecanismos para atacá-la⁶⁴. Esta subdimensão apresenta quatro indicadores: Educação em saúde bucal; Prevenção individual; Saúde bucal na escola; e Ações integradas na equipe de saúde.

A participação em ações preventivas ajuda no precoce estabelecimento de hábitos saudáveis no indivíduo, para que o profissional não seja requisitado somente quando a doença já tenha se instalado. O CD ou outro profissional da ESB deve participar pelo menos 1 vez a

cada 6 meses do grupo de gestantes ou bebês da unidade de saúde, favorecendo a inserção do tema saúde bucal nas reuniões e aproveitando o período gestacional ou pós parto, época em que a mulher está mais disposta a introduzir hábitos saudáveis na sua rotina⁶⁶.

Prevenção individual é a realização de procedimentos não-invasivos, que quando são realizados precocemente e de uma forma adequada impedem a necessidade de realizar um procedimento mais complexo posteriormente⁵⁰. A partir da tabela do SIA/SUS, serão considerados procedimentos não-invasivos: aplicação terapêutica intensiva com flúor, aplicação de cariostático, aplicação de selante, controle de placa bacteriana.

Os procedimentos coletivos são ações educativas e preventivas realizadas em diferentes locais, como nas unidades de saúde, nos domicílios, escolas, grupos de rua, creches, clube de mães, associações ou outros espaços sociais, e devem ser oferecidos de forma contínua, como exemplo dessas ações em saúde bucal estão a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor⁵⁸. A escola é um local acessível e adequado para ações coletivas, como por exemplo, a escovação supervisionada. A escovação dental realizada pelos escolares após o lanche deve ser rotina para evitar futuras cáries, introduzir essa ação nas escolas qualifica a atenção à saúde bucal das crianças em idade escolar (acima de seis anos).

Ações de promoção de saúde desenvolvidas por ações intersetoriais e com participação da comunidade sustentam uma atenção integral, elas são constantes e com foco de ação dinâmico, ou sazonal, de acordo com a necessidade identificada pela comunidade. A ESB que está presente em projetos de promoção de saúde, integrados à UBS, caracteriza sua preocupação com a integralidade das ações de saúde, a qual irá se refletir na qualidade da atenção à saúde da criança. Podemos citar alguns exemplos de práticas de promoção em saúde as palestras educativas, projetos envolvendo diferentes profissões da saúde, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor nos escolares.

Já o diagnóstico de doenças e agravos precisa ser realizado o mais precocemente possível, e seu tratamento instituído de imediato, a fim de deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes²⁸. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de atenção primária, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais para a recuperação da saúde. Em relação ao diagnóstico, pode-se destacar a inclusão de métodos que melhorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares) nas rotinas de assistência. Já o tratamento deve priorizar procedimentos conservadores, entendidos como aqueles executados para manter os elementos dentários²¹. Esta subdimensão apresenta cinco indicadores: Planejamento adequado

do tratamento; Assistência especializada; Tratamento completado; Acesso ao tratamento; e Equidade.

A primeira consulta odontológica programática é realizada com o objetivo de diagnóstico precoce e deve ser realizada para todas as crianças, afim de definir um plano de tratamento ao paciente⁵⁰. A proporção de primeira consulta indica o atendimento odontológico planejado para as necessidades de tratamento da criança.

Um sistema de referência e contra-referência para as especialidades odontológicas indica uma preocupação do município com a qualidade na atenção a saúde bucal das crianças. A existência de referência operante para a especialidade de Odontopediatria indica uma atenção qualificada à criança.

Através da atenção programada, os serviços de saúde bucal precisam ser organizados de forma a atender a demanda espontânea, os casos de urgência e as necessidades da população⁵⁴. A programação do atendimento odontológico do município implica na rotina de assistência baseada em Tratamentos Completados (TC) e não na livre demanda assim, todas as primeiras consultas devem ser seguidas do plano de tratamento o qual deverá ser completado, no máximo, em um ano.

Há necessidade de organizar os fluxos das consultas para garantir o atendimento a toda população. Todo usuário deve ter o direito ao acesso ao tratamento garantido, independente de sua faixa etária. A prioridade de atendimento a algum grupo populacional não deve excluir outros, mas como a prevenção da saúde bucal deve iniciar desde cedo, as crianças precisam ter um atendimento priorizado. Os atendimentos do serviço de saúde bucal deverão ser organizados de forma a contemplar o acesso das crianças ao tratamento, de forma equitativa com as outras faixas etárias, sem prejudicar o direito ao tratamento.

A atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção individual. A organização do atendimento de acordo com a demanda de crianças e através da classificação de risco permite ao profissional conhecer melhor sua área de abrangência e montar um perfil epidemiológico dos seus pacientes. A classificação de risco permite ainda a identificação e intervenção precoce de cáries, favorecendo o tratamento conservador, e a identificação e tratamento da queixa principal do paciente, trazendo maior satisfação ao usuário e reduzindo, em longo prazo, o aparecimento de casos de demanda espontânea. Por isso as UBS necessitam utilizar critérios de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua abrangência¹.

5.3 TESTE DE APLICABILIDADE DO MODELO DE AVALIAÇÃO

A seguir, no quadro 5, estão apresentados os juízos de valores no teste de aplicabilidade do modelo de avaliação, atribuídos aos municípios catarinenses referente aos dados do ano de 2013. A cor verde significa que o município obteve um resultado "Satisfatório" em um determinado indicador, a cor amarela "Regular" e a vermelha "Insatisfatório". O valor máximo que o município pode alcançar é de 36, já que são 18 indicadores que podem receber valores de 0 (cor vermelha, "Insatisfatório"), 1 (cor amarela, "Regular") ou 2 (cor verde, "Satisfatório"). O teste de aplicabilidade mostrou que o modelo foi de fácil aplicação, já que todos os dados foram disponibilizados.

Os municípios estão organizados em códigos final 1 (quando são do 1º quartil, município de grande porte) e final 4 (quando são do 4º quartil, município de pequeno porte) e de acordo com a soma dos seus indicadores, em forma de ranking.

Quadro 5 - Teste de aplicabilidade do modelo de avaliação.

Macrorregião	Mun.	Indicadores																		Soma
		Dimensão provimento									Dimensão gestão									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
Grande Florian.	51																			36
Vale do Itajaí	31	■																		35
Sul	61																	■		35
Nordeste	71													■						35
Planalto Serrano	91													■						35
Planalto Norte	81																	■		34
Foz do Rio Itajaí	41	■												■						31
Foz do Rio Itajaí	44	■			■															31
Grande FLN	54												■					■		30
Sul	64												■	■				■		30
Nordeste	74	■												■						30
Serra Catarin.	94													■				■		30
Planalto Norte	84			■						■								■		28
Vale do Itajaí	34				■															27
Meio-Oeste	11	■		■						■	■		■	■	■	■	■		■	20
Grande Oeste	21		■	■	■	■						■		■	■	■	■	■		16
Extremo Oeste	24	■	■							■					■			■	■	16
Meio-Oeste	14	■		■	■					■	■		■	■	■	■		■	■	14
Soma		25	31	30	28	32	18	32	27	31	32	30	30	23	31	29	30	23	31	

MUN = Municípios: 11- Concórdia; 14- Presidente Castello Branco; 21- Chapecó; 24- Santiago do Sul; 31- Brusque; 34- Presidente Nereu; 41- Balneário Camboriú; 44- Luiz Alves; 51- Florianópolis; 54- Rancho Queimado; 61- Criciúma; 64- Ermo; 71- Joinville; 74- Balneário Barra do Sul; 81- São Bento do Sul; 84- Bela Vista do Toldo; 91- Lages; 94- Paineira. Indicadores: A- Educação em saúde bucal; B- Prevenção individual; C- Saúde bucal na escola; D- Ações integradas na equipe de saúde; E- Planejamento adequado do tratamento; F- Assistência especializada; G- Tratamento completado; H- Acesso ao tratamento; I- Equidade; J- Desenvolvimento de hábitos saudáveis; K- Acesso ao flúor; L- Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento; M- Planejamento dos recursos humanos; N- Acesso ao cirurgião-dentista; O- Adequação da ESB; P- Adequação da capacidade instalada; Q- Aporte de recursos extras para a saúde bucal; R- Adequação da estrutura física.

Em relação à soma dos escores de cada indicador, a maioria teve um resultado “Regular”. Dos 18 indicadores, 10 tiveram a soma de 21 a 30. Os indicadores que tiveram a maior soma (32) foram: Planejamento adequado do tratamento (código E), Tratamento completado (código G) e Desenvolvimento de hábitos saudáveis (código J), que tem, respectivamente, como medidas: total de 1ª consulta programática em crianças, no ano/total da população de crianças; nº total de TC em crianças, no ano/nº total de 1ª consulta programática em crianças, no ano e % escolas municipais com controle de alimento na cantina.

Já a Assistência Especializada (código F) que tinha como medida a existência de referência operante para a especialidade de Odontopediatria, foi o pior indicador, com soma igual a 18 e foi o único indicador classificado como “Insatisfatório” (menor que 21). Os sete indicadores restantes ficaram classificados como “Satisfatórios”, com a soma maior que 30.

As duas dimensões obtiveram resultados similares, com apenas cinco pontos de diferença entre a soma dos seus escores. A dimensão Provimento obteve o resultado melhor. Nessa dimensão os melhores indicadores foram Planejamento adequado do tratamento (código E) e Tratamento completado (código G). Já na dimensão da Gestão, o pior indicador foi Planejamento de Recursos Humanos (código M) e Aporte de recursos extras para a saúde bucal (código Q) e na dimensão do Provimento ficou com o pior indicador, a Assistência especializada (código F).

O resultado da soma que constituiu o juízo de valor atribuído aos municípios estudados, concentrou-se em grande parte no resultado “Satisfatório”. Dos 18 municípios, quase a metade (8) tiveram uma soma maior que 30. Florianópolis (código 51) foi o único município que conseguiu o valor máximo de 36. Somente 4 municípios tiveram resultado “Insatisfatório” (menor que 21) e os outros 6 municípios tiveram resultado “Regular” (de 21 a 30). O município com pior resultado foi Presidente Castello Branco (código 14). Os municípios de grande porte populacional (códigos com final 1) tiveram melhores resultados que os de pequeno porte (códigos com final 4), com uma diferença de 6 pontos na soma dos escores. Já em relação às macrorregiões, o Meio Oeste e Extremo Oeste tiveram as piores somas e a região de Grande Florianópolis e Foz do Rio Itajaí tiveram os melhores resultados.

6 DISCUSSÃO

A elaboração de modelos de avaliação voltados para as gestões municipais são de extrema importância, e se constituem em ferramentas de acompanhamento e qualificação do desenvolvimento de ações para implementar a qualidade da atenção prestada. Justifica-se sua construção pela necessidade de desenvolver um modelo específico e apropriado para avaliação dos serviços, que poderá ser aplicada em outros momentos e circunstâncias para observar diferentes contextos de atenção à saúde bucal. Ajuda também gestores e profissionais na identificação de problemas e no desenvolvimento de planejamento e mecanismos para as diferentes ações^{67,68}. Os estudos sobre avaliação da saúde bucal tem o potencial de trazer as respostas para esses questionamentos, gerando maior interesse sobre avaliações de ações e serviços em saúde bucal.

Conill ⁶⁹ afirma que embora a avaliação implique na emissão de um juízo de valor, a questão operacional continua predominante nos estudos de avaliação, fazendo com que seja a medida e não o juízo a questão mais desenvolvida. Essa afirmação foi constatada na revisão de literatura procedida, já que nem todos os trabalhos classificados como estudos de avaliação deixavam claras as medidas utilizadas e tampouco emitiam juízo de valor em relação ao processo de avaliação desenvolvido.

Por sua vez, Narvai aponta que a avaliação pode ser considerada como um "poderoso e indispensável instrumento de transformação [...]"⁷⁰. A avaliação quando é levada até os gestores, pode servir como subsídio para tomadas de decisões no planejamento da saúde. Entretanto, frequentemente não há troca de informações do nível central para os profissionais que fazem o atendimento, que permanecem sem informações sobre o seu desempenho e sobre o impacto que as ações de seu trabalho estão gerando sobre a situação da saúde da comunidade. Quando as equipes avaliam seu desempenho, fazem sobre o número e tipos de procedimentos realizados e não com uma visão mais crítica de suas ações⁷¹.

A utilização de técnicas de Consenso de Especialistas para definir as dimensões, subdimensões, indicadores e medidas junto a *experts* nas áreas de gestão, planejamento e avaliação contribuiu para poder validar a matriz avaliativa⁷². O importante é conseguir juntar essas duas fontes de informações para planejar um adequado modelo de avaliação.

Foi possível elaborar um modelo de avaliação da atenção à saúde bucal da criança e testá-lo em municípios catarinenses selecionados. Quanto ao juízo de valor atribuído a esses municípios catarinenses, a maioria apresentou o resultado satisfatório nos indicadores das

dimensões “Provimento” e “Gestão”. Observou-se na dimensão “Provimento” que os indicadores “Planejamento adequado do tratamento” e “Tratamento Completado” apresentaram a maior soma. As medidas desses indicadores são Total de 1ª consulta programática em crianças, no ano/total da população de crianças e Nº total de TC em crianças, no ano/Nº total de 1ª consulta programática em crianças no ano, respectivamente. No entanto, existe possibilidade de erros no registro das ações de saúde nos sistemas de informação, como nos casos de sobre-registro ou a falta de registro. Considera-se então a necessidade de comprovar a confiabilidade dos dados apresentados nos sistemas de informações, a fim de evitar erros de superestimação na avaliação das ações de saúde^{73,74}.

Na dimensão gestão, os indicadores mais bem colocados foram: Desenvolvimento de Hábitos Saudáveis, Acesso ao Cirurgião-Dentista e Adequação da Estrutura física, os demais apresentaram juízo de valor "Regular". O desenvolvimento de Hábitos Saudáveis na dimensão gestão apresentou a melhor soma no juízo de valores, este achado corrobora com Pauleto et. al.⁷⁵ que afirma que a educação em saúde tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto no âmbito público e coletivo. A educação em saúde contribui para prover informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos saudáveis e prevenir as doenças. Experiências mostram que é importante a participação de profissionais de saúde e professores de escolas na veiculação de informações sobre promoção de saúde para as crianças, já que essa associação vai culminar na formação das mesmas⁷⁶. A intersetorialidade em saúde é a relação conhecida entre o setor saúde e outros setores, nesse caso o setor de educação através da escola, construída para atuar em um tema comum, visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva e eficiente⁷⁷. As ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde na atenção básica devem ser voltadas à promoção de saúde, além da prevenção das doenças bucais⁷⁸.

O avanço significativo do número de cirurgiões-dentistas no serviço público deu-se após a criação da Equipe de Saúde Bucal – ESB e inclusão do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família no ano de 2000, dentro de um contexto político e econômico favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº. 1.444, incentivo financeiro para incluir as equipes no PSF, com finalidade de reorganizar a atenção à saúde bucal nos municípios, definir o trabalho voltado para a mudança do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde bucal⁷⁹. O indicador Acesso ao cirurgião-dentista apresentou resultado "Satisfatório", indo ao encontro do objetivo de ampliar o acesso aos serviços odontológicos municipais através das ESB na atenção básica.

Outro indicador que teve um resultado "Satisfatório" foi a Adequação da estrutura física, onde a grande parte das Unidades de Saúde responderam ter um espaço reservado para reunião e/ou atividades educativas das equipes. As Unidades de saúde precisam ser projetadas com espaços destinados para essas atividades, as quais devem ser interdisciplinares, sendo composta por toda a equipe, que tem como responsabilidade a população adstrita em seu território, resgatando os vínculos da população, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços⁸⁰. Quanto ao Acesso ao Flúor e a Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento, sabe-se que é reconhecida a capacidade preventiva da fluoretação da água, medida de saúde pública regulamentada por lei desde 1975. Diante dos benefícios dessa ação, diversas entidades e órgãos defendem que a fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida ideal de saúde pública para a prevenção da cárie dentária, devido à sua eficácia, segurança e baixo custo⁷⁵. Mesmo o Brasil alcançando os índices preconizados pela OMS em relação ao número de cárie aos 12 anos, sabe-se que a distribuição não é homogênea, muitas regiões ainda possuem índices bem elevados, o que justifica a necessidade do acesso ao flúor e da Vigilância do teor nas águas de abastecimento⁸. A fluoretação apresenta-se como um método muito seguro e efetivo para a prevenção da cárie dentária, entretanto, alguns aspectos requerem atenção quando da implementação do sistema de fluoretação das águas, como, por exemplo, a vigilância sobre esse sistema e a verificação da concentração natural de flúor na água da localidade.

Para garantir os benefícios preventivos desse método com segurança em relação à concentração de flúor, recomenda-se utilizar um programa de heterocontrole⁸¹. Estudos baseados no princípio do heterocontrole têm sido realizados para avaliar a presença e a adequação das concentrações do flúor na água de abastecimento nos municípios brasileiros. Os resultados relatam concentrações não adequadas de flúor, havendo oscilações nos diferentes pontos de um mesmo local e nos períodos de tempo. É recomendável que exista um controle da fluoretação de águas públicas junto àquele realizado pelos órgãos responsáveis pelo abastecimento⁸².

Em relação a Adequação da ESB e Adequação da capacidade instalada, devido aos resultados "regulares", pressupõe-se que dos municípios analisados a maioria dos gestores instituiu diretrizes mínimas para a estrutura física e a contratação de auxiliares, aproximando-se de um atendimento eficiente e de qualidade à população. A presença do auxiliar na prestação de serviços odontológicos, além de criar um ambiente físico favorável ergonomicamente, aumenta a produtividade e reduz o estresse do cirurgião-dentista¹.

Ao contrário, a Assistência Especializada obteve o pior indicador, sendo o único classificado como “Insatisfatório”, na dimensão Provimento. Para Colussi e Calvo²¹, a existência de referência para o encaminhamento às especialidades é necessária, e indica uma preocupação do gestor com a integralidade, entretanto a existência do sistema de referência não assegura que as necessidades de especialização da população estejam sendo atendidas.

Entre as dificuldades encontradas na elaboração do modelo, uma que merece especial atenção é a escassa literatura sobre avaliação em saúde bucal voltada aos serviços e qualidade da atenção a saúde. Outro fator reside no fato de que a avaliação incluindo modelos teóricos está pouco difundida, esse tipo de pesquisa pode ser considerada como objeto recente.

Houve dificuldade para conseguir um primeiro contato telefônico com os gestores, as justificativas apresentadas foram múltiplas tarefas em pouco tempo disponível, excesso de responsabilidades, participação em reuniões ou atividades fora da secretaria de saúde. Devido a essa dificuldade, a amostra inicial para o teste de aplicabilidade foi alterada em quatro situações, a troca dos municípios não interferiu na divisão das macro-regiões selecionadas.

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são um conjunto de componentes interligados que coletam, armazenam e processam os dados para servir como base ao planejamento de um gestor, auxiliando no controle das tomadas de decisões na área da saúde, desde que estejam organizados e atualizados. O SIS deve contribuir para melhorar a qualidade da atenção a saúde e do atendimento, evitar a coleta de dados primários, e realizar pesquisas, auxiliando no processo de educação permanente dos profissionais. É uma importante ferramenta para sustentar o planejamento e o processo de decisão dos inúmeros profissionais da área da saúde, que estão envolvidos no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde⁸³. Na coleta de dados e contato com os coordenadores de saúde bucal verificou-se que eles apresentavam limitações na busca dos dados solicitados, devido a troca de funcionários, não atualização dos dados e mesmo a inexistência informação.

Como recomendações do trabalho, as informações e dados devem ser mais bem explorados pelos gestores dos municípios, um sistema de informação atualizado e bem implantado permite um planejamento e uma avaliação local qualificada. Espera-se que a avaliação seja um instrumento de sensibilização para a qualificação dos dados, e que os profissionais que trabalham na assistência e na gestão incluam a alimentação dos bancos de dados e sua crítica na rotina de trabalho.

A introdução dos resultados da avaliação no planejamento dos gestores deve ser priorizada. A institucionalização da avaliação em saúde não é somente a criação de políticas de avaliação, ela inclui também a elaboração constante de processos de avaliação e instrumentos. É importante melhorar as estratégias de divulgação dos resultados, principalmente para os profissionais que trabalham no município. A divulgação desses resultados para outros setores poderá trazer novas parcerias intersetoriais, que são importantes para o planejamento dos serviços públicos do município. Com essas ligações entre diferentes tipos de serviços, o planejamento acaba sendo realizado de uma maneira mais completa, onde se tem diferentes visões para a solução dos problemas. Deve-se ressaltar a importância da intersetorialidade para o desenvolvimento de estudos de avaliação, a mesma vem sendo considerada como ferramenta decisiva para o enfrentamento de diversos desafios na saúde pública. Para efetivar essas ações intersetoriais, muitos conhecimentos e linguagens acabam sendo discutidos e compartilhados, na intenção de solucionar os problemas de saúde. Necessita de abertura de diálogos entre os setores envolvidos para que haja coresponsabilidade nas ações⁸³.

Na atenção em saúde bucal, a informação sobre os atendimentos realizados nos usuários são importantes para indicar o cumprimento de metas de planejamento. É necessário introduzir o verdadeiro valor da informação nos sistemas municipais de saúde, como uma etapa indispensável no processo, com a possibilidade de avaliar a situação para que seja tomados rumos para a melhoria⁸⁴.

A aplicação desse modelo de avaliação poderá ajudar os gestores municipais a identificar os pontos críticos da atenção à saúde bucal da criança, podendo-se inclusive, comparar os resultados com os de outros municípios de porte populacional semelhante que utilizarem a mesma ferramenta. Espera-se do modelo desenvolvido a sua utilização pelos gestores e também pelos profissionais de saúde para auxiliar no planejamento e gestão.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho desenvolveu um Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal Infantil, que demonstrou ser aplicável em municípios com diferentes características e portes populacionais. A matriz construída apresenta possibilidade de futuras mudanças, podendo sofrer adaptações de acordo com as necessidades locais dos municípios.

Na aplicabilidade do modelo, pode-se perceber que os municípios apresentaram bons resultados em relação à atenção a saúde bucal infantil, apenas 4 municípios apresentaram resultado "Insatisfatório".

A construção dos indicadores foi um dos maiores desafios desse trabalho, mesmo com o auxílio de especialistas na área de avaliação e de gestores municipais, existiram dificuldades de encontrar as medidas que servissem como base para avaliar corretamente as dimensões e subdimensões.

A principal contribuição do trabalho é tentar sensibilizar os gestores sobre a importância dos dados para o município. Sugere-se que os profissionais registrem as informações, para se ter uma avaliação interna do serviço de saúde bucal e manter sempre atualizado o banco de dados, integrando esse trabalho na rotina dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- 1 Colussi CF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina. [Tese. Doutorado em Odontologia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; 2010. p.298.
- 2 NEPAS - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Disponível em http://nepas.ufsc.br/?page_id=258. Acesso em 20 de maio de 2013.
- 3 Almeida PF, Giovanella L. Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(8): 1727-42.
- 4 Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saude Publica*. 2010; 26(3):603-14.
- 5 Chaves MM. *Odontologia Social*. 3ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986. p.298.
- 6 Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? Documento elaborado para subsidiar a Oficina do Grupo de Trabalho Saúde Bucal no Sistema Locais de Saúde – SILOS. Rede CEDROS. Mimeo. São Paulo; 1992 Set. Disponível em http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3_narvai.pdf. Acesso em 10 de dez. 2013.
- 7 Pinto VG. *A odontologia no município: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais a nível local*. Porto Alegre: RGO; 1996.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Saúde Bucal. Banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em www.saude.gov.br/bucal. Acesso em 01/04/2013.
- 9 Lima CMG, Watanabe MCG, Palha PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria (São Paulo)*. 2006;28(3):191-8.
- 10 Nickel DA, Caetano JC, Calvo MCM. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009; 9(3):373-9.
- 11 Garcia RC. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Textos para Discussão. Brasília: IPEA, 2001.
- 12 Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997; p.29-47.
- 13 Brandão DB, Silva RR, Palos CMC. Da construção da capacidade avaliatória em iniciativas sócias: algumas reflexões. *Aval Pol Publ Educ*. 2005; 13(48): 361-74.
- 14 Hartz ZMA, Vieira-Da-Silva LM (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro/Salvador: Fiocruz/EDUFBA, 2005: 15-39.

- 15 Depresbiteris L. Instrumentos de avaliação: a necessidade de conjugar técnica e procedimentos éticos. *Rev Aprendizagem*. 2007; 1:35-41.
- 16 Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Rev Adm Publica*. 2003; 37(5):969-92.
- 17 Gastal FL. Controle estatístico de processo: um modelo para avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica. [Tese Doutorado em Medicina]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 1995. p. 374.
- 18 RIPSAs, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002. p.299.
- 19 Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas da hanseníase: um estudo de caso. [Tese Doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 188p.
- 20 Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente – um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2004.
- 21 Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual Rev Bull*. 1986. 12(3): 99-108.
- 22 Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(9):1731-45.
- 23 Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert J. *A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Unisul. 2006: 115-39.
- 24 Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997: 89-131.
- 25 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.36.
- 26 Silva LMV, Formigli VL. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994; 10:80-91.
- 27 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 28 Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p. 67.

- 29 Vasconcelos CM; Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Gastão Wagner de Souza C et al.(orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz; 2006. p. 531-562.
- 30 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 31 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde. Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 32 Ministério da Saúde (BR). SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios. 3ª ed, Série F. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 33 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS; Brasília: CONASS; 2011.
- 34 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni P, Ruben Araújo M (orgs). Os sentidos na integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
- 35 Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Saúde Soc. 2004 (13)3: 5-15.
- 36 Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009; 18(2)
- 37 Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde Debate. 2002; 26(60):37-61.
- 38 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 39 Pereira DQ, Pereira JM, Assis MA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Cien Saude Coletiva, 2003 (8)2: 599-609.
- 40 Camurça VV, Ramos Jr AN, Camurça VV, et al. Assistência Odontológica a Portadores de HIV na Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde em Fortaleza, Ceará. Rev APS, 2010; 13(1): 18-25.
- 41 Silva AM, Vargas AMD, Ferreira EF, de Abreu MHNG. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. Cien Saude Coletiva, 2010; 15(4):2197-2206.
- 42 Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Cien Saude Coletiva, 2006 (11)1:53-61.

- 43 Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica*, 2004;(20)2: 331-S336
- 44 Ministério da Saúde (BR). Ministério da educação (BR). Programa Saúde na Escola: Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da educação; 2013.
- 45 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA. 2005; p.41-63.
- 46 Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Intenet]. Brasília, DF 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25/08/2014.
- 47 Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*. 1991; 1(1): 77-96.
- 48 Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador. 2011.
- 49 Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cien Saude Coletiva*. 2007; 12(2):335-42.
- 50 Ministério da Saúde (BR). Entendendo o SUS; 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acesso em: 25/08/2014.
- 51 Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 52 Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Cien Saude Coletiva*. 2009; 14(Supl. 1):1493-1497.
- 53 Araújo MFS, Lima DG. A Estratégia Saúde da Família Dentro do Sistema Único de Saúde. CAOS – Rev Eletron Ciencias Sociais. Set. 2009.
- 54 Ministério da Saúde (BR). Política nacional de promoção de saúde (PNPS). 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 55 Brasil. Estatuto da criança e do adolescente (1990). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. Brasília : Câmara dos Deputados, 2001. p.92 – (Série fontes de referência. Legislação ; n. 36).
- 56 Palmier, AC, Ferreira EF, Mattos F, Vasconcellos M. Módulo Saúde Bucal no Contexto da Atenção à Saúde: Saúde do Adulto. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed; 2008.

57 Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MU, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(1): 83-95

58 Ministério da Saúde (BR). Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Conferência Nacional de Saúde; 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf

59 Brasil. Lei nº. 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974.

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

61 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro. 2004; 20(Sup 2):190-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

62 Brasil, Ministério da Saúde. Parâmetros para Programação das Ações Básicas de Saúde. 2001. p37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600039&script=sciarttext>

63 Ministério da Saúde (BR). Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf

64 Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2007: 168 p.

65 Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D., Freitas CM. (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003; p.15-38.

66 Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 5 ed. São Paulo: Santos; 2008. 635p.

67 Soratto, J; Faria, EM. O diálogo como alternativa à participação popular e o controle social na saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília. 2008. p. 90-93.

68 Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad Saude Publica. 2008; 24(9): 2091-2102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012

69 Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Rio de Janeiro: Cad Saude Publica. 2002; 18(Suplemento): 191- 202.

70 Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal. Oficina Saúde Bucal no SUS. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; 1996.

71 Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2005; 5(1) 65-74.

72 Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. Avaliação em saúde - dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005: 65-91.

73 Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e o Incentivo Financeiro do PMAQAB. Portaria no 1.654 de 19 de julho de 2011. *Diário Oficial*, Brasília, n.138, seção 1, p.79, 2011.

74 Cavalcanti YW, Junior RL, Cartaxo RO, Padilha WNN. Associação de Indicadores de Produção Odontológica e de Condição Sócio-Sanitária na Atenção Básica de João Pessoa – PB. *Rev Bras Cien Saude*. 2010;14(3):47-52.

75 Pauleto ARG, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cien Saude Coletiva*. 2004; 9(1):121-130.

76 Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(5): 762-9.

77 Vasconcelos R, da Matta ML, Pordeus IA, De Paiva SM. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 2001; 4(3).

78 Nickel DA, Lima FG, da Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro. 2008; 24(2):241-246.

79 Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Cien Saude Coletiva*. 2011; 16(1):211-20.

80 Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família *Cien Saude Coletiva*. 2011; 16(1):319-25.

81 Bellé BLL, Lacerda VR, De Carli AD, Azfalon EJ, Pereira ZP. Análise da fluoretação da água de abastecimento público da zona urbana do município de Campo Grande (MS). *Cien Saude Coletiva*. 2009; 14(4):1261-66.

82 Leivas LL, Toivo MF, Ardenghi TM, Feldens CA, Kramer PF, Junior IMF. Heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público do Município de Canoas/RS. *Stomatol*. 2010; (16)30.

83 Gonçalves AM, Sena RR, Resende VA, Horta NC. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2011; 1(1):94-102

84 Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J. Health Inform. 2010; 2(1): 20-4.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA -UNISUL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Luiz Gustavo Teixeira Martins e sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unisul. Estou desenvolvendo uma pesquisa avaliativa sob orientação do professor Jefferson Traebert, cujo objetivo é propor um modelo de avaliação da atenção à saúde bucal da criança, provida pelos municípios de Santa Catarina.

Como especialista na área de avaliação em saúde, você está sendo convidado a participar da pesquisa, cujo percurso metodológico prevê a realização de três oficinas de discussão envolvendo especialistas e técnicos da área para fornecer subsídios para a elaboração de uma matriz avaliativa. Esta matriz será posteriormente aplicada para a emissão de juízo de valor por município e por grupos de municípios.

Não haverá despesas para o participante e não envolverá nenhum tipo de risco. Sua participação é muito importante, mas é inteiramente voluntária. Além disso, você pode desistir de participar em qualquer momento. Coloco-me inteiramente à disposição para outros esclarecimentos.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto.

Nome do especialista: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa: Luiz Gustavo Martins- Mestrando em Ciências da Saúde

lgtmdm@hotmail.com - Telefone para contato: 48 9646-6699.

Assinatura do Pesquisador: _____

APÊNDICE B - Formulário FORMSUS

ANEXOS

**ANEXO A – INDICADORES E MEDIDAS DO MODELO DE AVALIAÇÃO DA
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA (COLUSSI; CALVO, 2011)**

**DIMENSÃO “GESTÃO DA SAÚDE BUCAL”
SUBDIMENSÃO: ATUAÇÃO INTERSETORIAL**

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Desenvolvimento de hábitos saudáveis	% escolas municipais com controle de alimento na cantina
Efetividade	Acesso ao flúor	% de domicílio atendidos pela fluoretação
Eficácia	Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coleta sistemática (mensal)
Eficiência	Saúde bucal na escola	% escolas públicas com prática de escovação dental após lanche

SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO POPULAR

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Informação em saúde	% de Unidade de Saúde (US) que hoje possuem material educativo e/ou informativo em saúde bucal
Efetividade	Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação referente à SB na Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente
Eficácia	Saúde bucal no Conselho Municipal	% de reuniões do Conselho Municipal que discutiram algum tema de SB no período de um ano
Eficiência	Participação na Conferência Estadual de Saúde (CES)	Nº de delegados cirurgiões-dentistas na última CES financiado pelo município

SUBDIMENSÃO: RECURSOS HUMANOS

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Acesso ao cirurgião-dentista (CD)	Número de horas CD / população
Efetividade	Paralisação do serviço de saúde bucal motivado por falta de recursos humanos	% US em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por falta de profissional do serviço de SB
Eficácia	Presença da Saúde Bucal	% de equipes de PSF com

	no Programa de Saúde da Família (PSF)	SB
Eficiência	Trabalho em equipe	Proporção auxiliar / CD

SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Assistência especializada	Existência de referência operante para as especialidades em SB
Efetividade	Acesso ao serviço de saúde bucal	Percentual de Unidades de Saúde com atendimento em saúde bucal
Eficácia	Adequação da capacidade instalada	Nº consultórios / total população
Eficiência	Alocação de recursos para saúde bucal	% investimento em SB do total investido na saúde

DIMENSÃO “PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL”

FOCO: CRIANÇA

SUBDIMENSÃO: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Controle de cárie	% US com grupo de gestantes ou bebês com profissional de SB
Efetividade	Atividades coletivas em saúde bucal	Cobertura de procedimentos coletivos em SB
Eficácia	Prevenção individual	Nº total de procedimentos não invasivos / total de procedimentos na faixa etária

SUBDIMENSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Cobertura de atendimento	Total de 1ª consulta na faixa etária/total da população na faixa etária
Efetividade	Odontopediatria	Existência de odontopediatra na rede municipal
Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Nº total de procedimentos individuais na faixa etária / Nº total de TC na faixa etária no mês

FOCO: ADOLESCENTE

SUBDIMENSÃO: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Atuação multiprofissional	% de US que encaminham

		os adolescentes atendidos por outros profissionais para orientação em SB
Efetividade	Educação em saúde bucal	% de US com grupos de educação em saúde com atividades em SB para adolescentes
Eficácia	Prevenção individual	Nº total de procedimentos não invasivos / total de procedimentos na faixa etária

SUBDIMENSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Vínculo profissional/paciente	% US em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento
Efetividade	Tratamento conservador	Nº total de exodontias de dentes permanentes/ Nº total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária para adolescentes
Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Nº total de procedimentos na faixa etária/Nº total de TC na faixa etária no mês

FOCO: ADULTO

SUBDIMENSÃO: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Acesso à informação sobre câncer bucal	% de US que hoje possuem material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal
Efetividade	Diagnóstico de lesões de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano
Eficácia	Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia no ano

SUBDIMENSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Saúde do trabalhador	% de US com serviço de saúde bucal no 3º turno
Efetividade	Tratamento conservador	Nº total de exodontias de dentes permanentes/ Nº

		total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária
Eficácia	Proporção de Emergências	Nº de pacientes atendidos na emergência/pacientes marcados no mês

FOCO: IDOSO**SUBDIMENSÃO: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO**

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Atenção em saúde bucal para grupos de idosos	% de profissionais da odontologia das US que participam de algum grupo de idosos, seja na própria US ou na comunidade
Efetividade	Atenção em SB para idosos com limitação incapacitante	% US que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal
Eficácia	Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia no ano

SUBDIMENSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Critério	Indicador	Medida
Relevância	Atendimento preferencial	% US em que os idosos são marcados preferencialmente
Efetividade	Tratamento conservador	Nº total de exodontias de dentes permanentes / Nº total de procedimentos individuais, na faixa etária
Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Nº total de procedimentos na faixa etária / Nº total de TC na faixa etária no mês

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP