



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MEIRI CRISTINA SAKUMA NAKAGAWA

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SERVIÇO PÚBLICO  
ODONTOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

---

Londrina  
2011

MEIRI CRISTINA SAKUMA NAKAGAWA

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SERVIÇO PÚBLICO  
ODONTOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior.

Londrina  
2011

**Catálogo na Fonte Elaborada Por Terezinha de Jesus Fokama Gondo – CBR-9/167**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

N152a Nakagawa, Meiri Cristina Sakuma.  
Avaliação das práticas em serviço público odontológico na  
Estratégia Saúde da Família / Meiri Cristina Sakuma  
Nakagawa. – Londrina, 2011. 104 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Junior.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde)  
– Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da  
Saúde.

1. Saúde bucal. 2. Serviços de saúde bucal. 3. Odontologia  
em saúde pública. 4. Avaliação de serviços de saúde. I. Cordoni  
Junior, Luiz . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de  
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 616.314:614

MEIRI CRISTINA SAKUMA NAKAGAWA

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SERVIÇO PÚBLICO  
ODONTOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior  
Universidade Estadual de Londrina

---

Profa. Dra. Leila Maria Cesário Pereira Pinto  
Universidade Norte do Paraná

---

Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 18 de março de 2011.

*Dedico este trabalho a Deus, que me fortaleceu.*  
*À minha família, Kogi, Emi e Koiti, que me compreenderam.*  
*A meus pais Chideo e Corina, aos irmãos Nelson, Alexandre e Denise que me apoiaram.*  
*Ao tio Nori, em quem me espelhei no interesse pela odontologia,*  
*e à tia Tê, que sempre me incentivou.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, que pelo Espírito Santo e seu amor incondicional, me abençoou e me proveu de fé, ânimo e determinação para que este trabalho pudesse ser concluído.

Ao meu esposo, Kogi, meus filhos, Emi e Koiti, que compreenderam minha dedicação aos estudos e ausência do convívio cotidiano em muitos momentos.

Ao Professor Dr. Luiz Cordoni Junior, pela paciência e serenidade com que conduziu a orientação deste trabalho.

Às Professoras Doutoras Regina Kazue Tanno de Souza e Leila Maria Cesário Pereira Pinto por suas críticas construtivas e contribuições no exame de qualificação.

Aos docentes e meus colegas do Mestrado pela oportunidade de aprendermos juntos e de compartilharmos conhecimentos, experiências, alegrias, perdas e emoções.

À equipe gestora e aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé pelo apoio e pela colaboração na realização deste trabalho.

Às minhas amigas Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno e Odimara Regina Faé pelo constante estímulo e auxílio para desatar os “nós críticos” surgidos durante as etapas da pesquisa.

Aos meus pais, familiares que sempre me apoiaram e especialmente à minha tia Terezinha de Jesus Fokama Gondo por estar sempre a me incentivar, ensinar e auxiliar.

Aos funcionários da secretaria do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, que sempre me atenderam com solicitude e atenção.

A todos a quem não mencionei, mas que me ajudaram e torceram para que obtivesse sucesso.



NAKAGAWA, Meiri Cristina Sakuma. **Avaliação das práticas em serviço público odontológico na estratégia saúde da família**. 2011. 104 fls. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

## RESUMO

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciou a importância de questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços. Considerando as características do processo de trabalho em saúde, é necessário avaliar os serviços com ênfase na atuação dos trabalhadores. Os indicadores de saúde bucal atualmente em uso não possibilitam analisar adequadamente os serviços. Para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se cada vez mais necessária a avaliação dos serviços públicos odontológicos, seja pela sua importância na racionalização dos recursos, seja para subsidiar o planejamento ou para monitorar o real impacto das ações e dos serviços. Este estudo analisou adequação das práticas das equipes de saúde bucal (ESB) em serviço odontológico das Unidades Saúde da Família (USF) no município de Cambé, estado do Paraná, com a sua inserção na ESF. Foram abordados os seguintes aspectos: Uso do Protocolo de Atenção Odontológica do Município de Cambé, preparo das ESB para o desenvolvimento das atividades relacionadas às mudanças do modelo assistencial, práticas multidisciplinares e a integração das ESB com as equipes de Saúde da Família, participação dos profissionais no processo de gestão e a satisfação no desenvolvimento do trabalho. Trata-se de um estudo de caso onde foi aplicada uma Matriz de Indicadores. A avaliação foi realizada por meio de pontuações convertidas em percentuais por uma fórmula, os quais correspondem a parâmetros classificatórios: “Crítico”, “Insuficiente”, “Aceitável” e “Satisfatório”. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, análise documental e observação. O resultado entre as 11 USF foi variável, predominando o “Satisfatório” em todos os indicadores a seguir: Conhecimento e Aplicação do Protocolo, Esclarecimento para Uso do Protocolo, Treinamento para Registro de Informações, Participação em Oficinas de Educação Permanente em Saúde, Presença da ESB nas Reuniões Realizadas na USF, Práticas com Equipes Multidisciplinares, Participação dos Profissionais no Processo de Gestão e Satisfação dos Profissionais em Desenvolver Seu Trabalho. O município obteve classificação geral “Satisfatório” e quanto às USF, nove obtiveram resultado “Satisfatório” e duas, “Aceitável”. Todos os cirurgiões-dentistas conheciam o Protocolo e o aplicavam em todas as USF, mesmo que não o fosse de forma integral e homogênea. Contrastando com o resultado “Satisfatório” da maioria das USF, em três o resultado foi “Insuficiente” para o indicador Presença das ESB nas Reuniões Realizadas na USF e em uma unidade foi “Crítico”, para o indicador Práticas com Equipes Multidisciplinares. A matriz de indicadores evidenciou as qualidades e deficiências em cada USF e mostrou as diferenças entre elas. Este nível de detalhamento permitiu identificar as fragilidades e o direcionamento dos esforços para superar as dificuldades, assim como os fatores positivos que podem ser estimulados, com vistas a melhorar os resultados e atingir os objetivos propostos. Embora se tenha identificado problemas em algumas USF, concluiu-se que as práticas das ESB do serviço odontológico são coerentes com princípios e diretrizes do SUS.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Avaliação de serviços de saúde. Programa saúde da família

NAKAGAWA, Meiri Cristina Sakuma. **Evaluation of practices of public dental services in family health strategy**. 2011. 104 fls. Dissertation (Professional Master in Management of Health Services) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

### ABSTRACT

The expansion of the Family Health Strategy (ESF) (all the acronyms refer to the words in Portuguese) has highlighted the importance of issues relating to the qualification of the teams and the effectiveness of services. Considering the characteristics of the work process in health is necessary to evaluate the services emphasizing workers' performance. The oral health indicators being used today are not enough to analyze satisfactorily the services. For the consolidation of the Unified Health System (SUS) becomes necessary the evaluation of the public dental services, be for the importance in the rationalization of resources, to help planning or to monitor the factual impact of actions and services. This study analyzed the appropriateness of practices of the oral health teams (ESB), on dental services of the Family Health Units (USF) in the county of Cambé, in the year of 2008, with its insertion in ESF. We addressed the following aspects: use of the Protocol of Dental Care in the Municipality of Cambé; the preparing of the ESB for the development of activities related to changes in the health care model; multi-disciplinary practices and the integration of ESB with the Family Health (SF) teams; the participation of the professionals in the management process and the satisfaction in the development of the work. This is an empirical work in which an array of indicators was applied. The evaluation was performed by scores converted into percentages by a formula, which correspond to classificatory parameters: "*Critical*", "*Low*", "*Acceptable*" and "*Satisfactory*". Data were collected through interviews, analysis of documents and observation. The result among the 11 USB was variable with the predominance of "*Satisfactory*" on all indicators; Knowledge and Application of the Protocol, Clarification for Use of Protocol, Training Registration of Information, Participation in Workshop of Permanent Education in Health, Presence of the ESB at meeting held in the USF, Practices with Multidisciplinary Teams, Participation of Professionals in the Process Management and Satisfaction Professionals in Developing Your Work. The municipality has overall "*Satisfactory*" and on the USB, nine had results "*Satisfactory*" and two "*acceptable*." All dentists know the protocol and applied in all USB, even if it were not so full and smooth. Contrast with the results "*satisfactory*" the majority of USF, in three the result was "*Low*" for the indicator of the presence ESB Meetings Held at USF and a unit was "*critical*" for the indicator Practices with Multidisciplinary Teams. In the general classification by USF, nine obtained "*Satisfactory*" and two "*Acceptable*." The array of indicators showed the strengths and weaknesses in each USB and showed the differences between them. This level of detail allowed us to identify the weaknesses and where directing efforts to overcome the difficulties as well as the positive factors that can be stimulated, in order to improve results and achieve goals. Although there were detected problems in some USF, one concludes that the practices of ESB is consistent with principles and guidelines of the SUS.

**Key-words:** Dental health services. Public health dentistry. Health services evaluation. Family health program.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Índice CPO-D em crianças aos 12 anos de idade, Cambé, PR 1983/2008 .....	23
<b>Figura 2</b> - Localização do município de Cambé , PR.....	30
<b>Figura 3</b> - Mapa de abrangência das Unidades Saúde da Família, Cambé, PR .....	32
<b>Figura 4</b> - Classificação final das Unidades Saúde da Família e do município de Cambé, PR – 2008 .....	59

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Dimensão Sujeitos da Matriz de Bueno .....	41
<b>Quadro 2</b> – Alterações realizadas na dimensão Sujeitos da Matriz de Bueno, quanto às pontuações e parâmetros .....	43
<b>Quadro 3</b> – Dimensão sujeitos da Matriz de Bueno Modificada .....	44
<b>Quadro 4</b> – Pontuação por item da questão quanto ao conhecimento e aplicação do Protocolo de Atenção Odontológica do Município por USF, Cambé, PR – 2008 .....	51
<b>Quadro 5</b> – Práticas multidisciplinares realizadas em 2008 por USF e participação da ESB, PR – 2008 .....	55
<b>Quadro 6</b> – Participação de CD e TSB por atividade relacionada ao processo de gestão, Cambé, PR – 2008 .....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - População coberta pela Estratégia Saúde da Família em relação à população estimada pelo IBGE, Cambé, PR – 2008.....	33
<b>Tabela 2</b> - Distribuição das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal por região e Unidade Saúde da Família, Cambé, PR – 2008.....	34
<b>Tabela 3</b> - Quantitativo de profissionais de saúde bucal por categoria profissional por Unidade Saúde da Família, Cambé, PR – 2008.....	35
<b>Tabela 4</b> - Número de Profissionais por categoria, envolvidos na pesquisa, Cambé, PR – 2009.....	39
<b>Tabela 5</b> - Resultado Obtido e Classificação do indicador 1Aa Conhecimento e Aplicação do Protocolo pelo CD, por USF e geral do Município, Cambé- PR – 2008 .....	50
<b>Tabela 6</b> - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Ba Esclarecimento para Uso do Protocolo, pelo CD e TSB, por USF e geral do Município, Cambé, PR -2008 .....	52
<b>Tabela 7</b> - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Bb Treinamento para o Registro de Informações, pelo CD, TSB e ASB, por USF e geral do Município, Cambé, PR – 2008.....	53
<b>Tabela 8</b> - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Bc Participação em Oficinas de Educação Permanente em Saúde, pelo CD, TSB e ASB, por USF e geral do Município, Cambé, PR – 2008.....	53
<b>Tabela 9</b> - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Ca Presença da Equipe de Saúde Bucal em Reuniões realizadas na USF, por USF e geral do Município, Cambé, PR – 2008.....	54
<b>Tabela 10</b> - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Cb Práticas com Equipes Multidisciplinares, por USF e geral do Município, Cambé, PR – 2008.....	55
<b>Tabela 11</b> - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Da Participação dos Profissionais no Processo de Gestão, pelo CD e TSB, por USF e geral do Município, Cambé, PR – 2008.....	56

<b>Tabela 12 - Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Db Satisfação dos Profissionais em Desenvolver Seu Trabalho, pelo CD, TSB e ASB, por USF e geral do Município, Cambé, PR – 2009 .....</b>	<b>57</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEOC	Centro de Especialidades Odontológicas de Cambé
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CPO-D	Dentes Permanentes Cariados Perdidos e Obturados
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNUD-ONU	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SB BRASIL 2003	Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMSC	Secretaria Municipal de Saúde de Cambé
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Concluído
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	20
1.2 O MUNICÍPIO DE CAMBÉ NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL .....	22
1.2.1 Implantação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família .....	24
1.2.1.1 Protocolo: instrumento de gestão do serviço.....	25
1.3 JUSTIFICATIVA.....	27
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	28
2.1 OBJETIVO GERAL .....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	28
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	29
3.2 LOCAL DE ESTUDO .....	29
3.3 OBJETO DO ESTUDO.....	35
3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA .....	36
3.5 FONTES, PERÍODO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	36
3.5.1 Análise Documental.....	36
3.5.2 Entrevista .....	37
3.5.3 Observação .....	39
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	39
3.6.1 Matriz de Indicadores .....	40
3.6.1.1 Ajustes e modificações na matriz de bueno.....	42
3.6.1.2 Descrição dos indicadores .....	45
3.6.2 Cálculo das Pontuações e Análise de Dados .....	48
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS</b> .....	49
<b>5 RESULTADOS</b> .....	50
5.1 USO DO PROTOCOLO.....	50
5.2 PREPARO DO QUADRO TÉCNICO ÀS NECESSIDADES DO SERVIÇO.....	52

5.3 INTEGRAÇÃO DA EQUIPE .....	54
5.4 ADESÃO DOS AGENTES ÀS PRÁTICAS.....	56
5.5 RESULTADO FINAL APLICANDO A MATRIZ DE BUENO MODIFICADA.....	57
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
6.1 USO DO PROTOCOLO.....	61
6.2 PREPARO DO QUADRO TÉCNICO ÀS NECESSIDADES DO SERVIÇO.....	64
6.3 INTEGRAÇÃO DA EQUIPE E PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES .....	67
6.4 PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO PROCESSO DE GESTÃO E A SATISFAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO .....	70
6.5 ANÁLISE FINAL .....	74
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>91</b>
APÊNDICE A – Formulário de Entrevista .....	92
APÊNDICE B – Planilha de Registro de Pontuações .....	94
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>
ANEXO A – Matriz de Indicadores para avaliação do serviço público de odontologia do Município de Cambé, PR.....	98
ANEXO B – Modelo-lógico da organização do serviço público de odontologia do Município de Cambé, PR .....	102
ANEXO C – Autorização do Município para a realização da pesquisa.....	103
ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos .....	104

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil nas últimas décadas passou por mudanças importantes, influenciadas pelos ideais do Movimento da Reforma Sanitária. Suas principais propostas serviram de base para a elaboração de partes da Constituição Federal em 1988 e definição das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que garantiu à população direitos como o acesso descentralizado, universal, integral e igualitário aos serviços de saúde (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006; LUCIETTO, 2008).

Diversos modelos de atenção à saúde coexistem no País, sendo que ideias e valores do modelo médico-hegemônico ainda são predominantes, e o SUS, apesar dos avanços, está distante das propostas almejadas da reforma sanitária (LUCIETTO, 2008; FEUERWERKER, 2005). Na odontologia, a maioria dos serviços públicos brasileiros reproduz mecânica e acriticamente a prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, em ambiente clínico-cirúrgico (NARVAI, 2006).

A oferta de serviços públicos de saúde não consegue assegurar plenamente os direitos sociais garantidos em lei, gerando alto grau de insatisfação para todos os sujeitos envolvidos no processo: gestores, profissionais e a população usuária desses serviços (BRASIL, 2000b).

Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família<sup>1</sup> (PSF), como principal estratégia para substituição da rede básica de serviços tradicionais e para produzir resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2009b). Representa uma proposta para reverter a forma de prestação da assistência à saúde centrada na doença, para um modelo assistencial que privilegia a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, sintonizada com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações (BRASIL, 2000b).

Como Política de Saúde da Família induziu mudanças importantes na forma de operacionalização dos serviços de atenção básica (AB) nos municípios do País (FEUERWERKER, 2005; LUCIETTO, 2008).

---

<sup>1</sup> O Programa Saúde da Família (PSF) é definido também como Estratégia Saúde da Família (ESF) e Política de Saúde da Família (FEUERWERKER, 2005), desta forma, no presente trabalho aparecem as siglas PSF e ESF.

Constitui importante desafio para construção de nova prática na lógica da atenção à saúde, com nova dimensão ética (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Em dezembro de 2000, a portaria GM 1444 do MS formalizou a inclusão da Saúde Bucal (SB) dentro da programação do PSF (BRASIL, 2000a) e estabeleceu incentivo financeiro à inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB), favorecendo a expansão dos serviços odontológicos no Brasil, com aumento expressivo no número de municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família (ESF) e de ESB implantadas (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Em 2004, os resultados do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (BRASIL, 2003) mostraram tendência de crescimento na prevalência de cárie em função da idade, sendo que 60% da população entre 65 a 74 anos apresentou índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) igual a 32, com o componente perdido responsável por quase 93% do índice (BRASIL, 2004b).

Com base nesses resultados, o MS estruturou e lançou oficialmente em março de 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, articulada às demais políticas de saúde e políticas públicas, com o objetivo de superar as desigualdades mantidas pelo modelo tradicional hegemônico. Suas diretrizes orientam para uma reorganização da atenção em SB, respeitando os princípios organizativos e operacionais do PSF, no sentido de ampliar o acesso da população às ações de SB. O novo modelo inclui a ampliação e a qualificação da atenção, com inclusão de todas as faixas etárias, a garantia de uma rede de AB articulada com toda a rede de serviços, assegurar integralidade nas ações, utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento, acompanhar o impacto da SB por meio de indicadores adequados e centrar a atuação na vigilância à saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004a).

Dados do MS, de 2003 a março de 2008, registraram crescimento de 262,9% de ESB implantadas, correspondendo a 16,3 mil ESB em 4,4 mil municípios, com cobertura de 42,5% da população (LUCIETTO, 2008).

Essa rápida expansão, impulsionada pelo próprio MS, não implicou necessariamente em mudança do modelo assistencial em SB pautado na nova concepção do processo saúde-doença (SOUZA; RONCALLI, 2007), mas evidenciou questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços, impulsionando a necessidade de criar estratégias efetivas para monitorar e avaliar esse nível de atenção (BRASIL, 2005).

Idealmente qualquer modelo de atenção à saúde remete “ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir saúde” (MERHY, 2006b, p. 15-16).

Desde sua inserção no PSF até os dias de hoje, são destacáveis os avanços da odontologia em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços em todo o País, embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção (BRASIL, 2004a).

A implementação desse sistema e a capilarização de suas ações têm trazido à tona problemas inerentes à estruturação mínima dos serviços, elencados principalmente pelos critérios definidos nos princípios do SUS e que muitas vezes, colocam em xeque a qualidade da atenção prestada (SILVEIRA FILHO, 2002).

Segundo Silveira Filho (2008), um dos desafios das equipes de AB é a construção de novas práticas e definição do campo de atuação das ESB. A principal questão a enfrentar para colocar os serviços de saúde operando de forma centrada nos usuários e em suas necessidades é a organização dos processos de trabalho (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

É necessário compreender que a mudança do modo de produzir saúde no Brasil,

[...] é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, [...] não servirão para quase nada (MERHY, 2006a, p. 72).

É importante aprimorar o desenvolvimento organizacional e intensificar os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde, com o propósito de consolidar a estratégia como eixo estruturante de reorganização da AB em SB, com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2006a).

Mudar o modelo de atenção à saúde envolve mudar conceitos e o modo de produzir o trabalho. A falta de conhecimento e compreensão sobre o novo modelo assistencial proposto e a necessidade de mudanças na antiga forma de atuação dos trabalhadores de saúde pode comprometer os resultados do programa e do sistema de saúde como um todo (TEIXEIRA, 2006a).

Para que as ações em SB sejam eficazes é fundamental a adequação dos recursos humanos, das técnicas e o desenvolvimento de novas formas de programação integradas com as orientações do PSF. É necessário que haja treinamento dos profissionais e reformulações nas formas de planejamento adotadas (PADILHA et al., 2005).

Segundo Fortuna (2003), as variáveis relacionadas à definição de saúde, objeto do trabalho, os instrumentos e saberes colocados em ação e o projeto político em viabilização se articulam diretamente no fazer cotidiano dos trabalhadores e suas relações com os usuários, conformando os modelos de assistência.

Pensar em modelo de atenção à saúde é antes de tudo perceber que, no conjunto de ações, ele expressa relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados entre indivíduos e grupos portadores e produtores de necessidades de saúde, com os que dominam certos saberes e práticas, modos de saber fazer atos de saúde, mediados por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar o conjunto das ações de saúde. Esses três tipos de atores, usuários, trabalhadores e gestores independentemente do lugar que ocupam, têm governabilidade sobre certos processos, influenciando a forma como se faz a gestão das práticas institucionais e técnicas (MERHY, 2006b).

Segundo Franco (2006), o trabalho em saúde forma uma intrincada rede de relações e se dá no encontro entre trabalhadores e desses com os usuários, formando fluxos permanentes entre sujeitos, a partir do qual o cuidado ganha materialidade e condições de consumo.

O modo como as atividades profissionais são desenvolvidas e o modo como o trabalho é realizado são chamados de processo de trabalho, o qual se constitui em um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS, especialmente na AB (FARIA et al., 2009).

O processo de trabalho no exercício cotidiano refere-se ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que o compõem e representa a intencionalidade e a racionalidade que o orientam (PEDUZZI, 2007).

Uma das principais características do processo de trabalho é o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho, singularidade que atribui aos próprios protagonistas a condução dos sistemas produtivos, em determinados lugares na saúde (FRANCO, 2006).

Por ter a AB o papel de porta de entrada do sistema, são as ações dos atores envolvidos no PSF, gestores, profissionais e usuários que efetivamente determinam a consolidação do SUS, implementando ou não os princípios e diretrizes preconizados pelo programa (LENTSCK; CAVALI KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2007).

## 1.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação abrange as dimensões da gestão, do cuidado, do impacto sobre o perfil epidemiológico e contribui para a qualificação da atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade e acessibilidade (FELISBERTO, 2004).

Na organização dos serviços de saúde, a avaliação tem papel fundamental na identificação de problemas, na reorientação das ações e práticas desenvolvidas e como subsídio para o planejamento, potencializando a utilização dos instrumentos de gestão (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No processo de racionalização de recursos públicos, a avaliação tem um papel importante constituindo-se em elemento básico no planejamento das ações de saúde. Existem diferentes modelos de avaliação, porém é constante a pretensão de comparar um padrão almejado com a realidade. Avaliar é fixar valor de uma coisa, procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado (COHEN; FRANCO, 1993).

Para Novaes (2000) a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que, quando se atribui determinado valor a algo e este valor é julgado positivo, significa que há qualidade.

Nesse sentido, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, pois permite identificar as condições existentes, analisar o processo de trabalho e os resultados, fazendo a comparação tanto com as condições e tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados para posterior tomada de decisões de maneira mais racional possível, em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde (CÉSAR; TANAKA, 1996). Este processo evidencia a

necessidade de estabelecer estratégias para corrigir as falhas ou para melhorar os aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005). Segundo Minayo (2005) a avaliação, quando tecnicamente adequada e ética, permite compreender o que contribui para o êxito de projetos, programas e serviços, o que possibilita seu alcance, questiona seus limites, acompanha o seu desenrolar e subsidia a correção de rumos e a re-orientação de estratégias de ação.

Entendida dessa forma, a avaliação deve ser um processo permanente e sistemático articulado às ações implementadas, tornando-se um processo dinâmico, integrado ao processo decisório e deve estar presente nas diferentes esferas de gestão (SOLLA; SANTOS, 2002).

Para Donabedian (1980) a avaliação requer que se selecione um conjunto de indicadores representativos dos principais componentes da qualidade, que são estrutura, processo e resultados. Estes, ao serem comparados e analisados permitem medir o nível de qualidade alcançada. Esse modelo tem sido amplamente difundido e aceito, porém, considerando as diversificadas dinâmicas de funcionamento das inúmeras modalidades de intervenção, as avaliações no campo da saúde não podem ser sustentadas em uma única racionalidade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A metodologia a ser adotada depende do que se quer avaliar e da perspectiva do avaliador. Segundo Uchimura e Bosi (2002), no processo de avaliar serviços ou programas que apresentam características e configurações específicas, como os circunscritos à vertente da promoção à saúde, é necessário considerar como importante a subjetividade implícita determinada pelos atores sociais, não podendo as avaliações se restringir a simples obtenção de respostas numéricas.

Com o Pacto pela Saúde e a implantação no setor saúde de uma política descentralizadora, houve necessidade de gerenciamento e de maior controle por parte dos gestores locais de saúde, que passaram a assumir as ações em torno das prioridades pactuadas (BRASIL, 2006c).

Na odontologia, os indicadores do Pacto pela Saúde, instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e dos serviços da AB, representam avanço no acompanhamento das ações, mas não abrangem toda a complexidade do serviço odontológico.

Estudos realizados pelo Grupo de Pesquisas em Odontopediatria e Clínica Integrada da Universidade Federal da Paraíba (PADILHA et al., 2005) demonstraram que é

necessário o desenvolvimento de rotinas de avaliação específicas para conferir a eficácia desejada no impacto sobre a SB dos usuários.

As Secretarias Municipais de Saúde devem organizar, gerenciar e executar os serviços da AB, elaborar metodologias de monitoramento, avaliação e acompanhamento do trabalho, implantar formas de capacitação e educação permanente e viabilizar parcerias com outros setores (BRASIL, 2006b).

Como parte do planejamento e da práxis cotidiana dos gestores e técnicos, a avaliação cria espaços permanentes de reflexão sobre a prática, permitindo-lhes “desconstruir ideias, alinhar conceitos, corrigir rumos, mudar prioridades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas e até trocar gestores” (MINAYO, 2005 p. 20).

## 1.2 O MUNICÍPIO DE CAMBÉ NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

O serviço odontológico no município de Cambé (PR) começou a ser organizado no ano de 1983, com a descentralização de recursos financeiros para estados e municípios viabilizados pelas Ações Integradas de Saúde.

Considerando os interesses da população, a grande demanda e levantamentos epidemiológicos de cárie dentária, foi estratégica a prioridade dada às crianças em idade escolar, inicialmente com o Programa Incremental (NAKAGAWA, 2006).

A partir de 1986 ocorreu a estruturação do sistema com expressiva ampliação da oferta de serviços e inclusão gradativa dos pré-escolares e bebês<sup>2</sup> menores de um ano, com atenção voltada não apenas ao tratamento curativo, mas com ênfase nas ações educativas, promoção e prevenção à saúde como Programa de Bochecho de Flúor e a fluoretação da água de abastecimento público realizado pela Companhia de Saneamento do Paraná (CAMBÉ, 2006a).

Em 1987, ocorreu a implantação do Programa de Atendimento a Bebês, por meio da transferência de tecnologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), tendo sido o primeiro município a implantar na rede pública o serviço de atenção odontológica aos bebês (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996; RONCALLI et al., 1999). Um dos grandes méritos

---

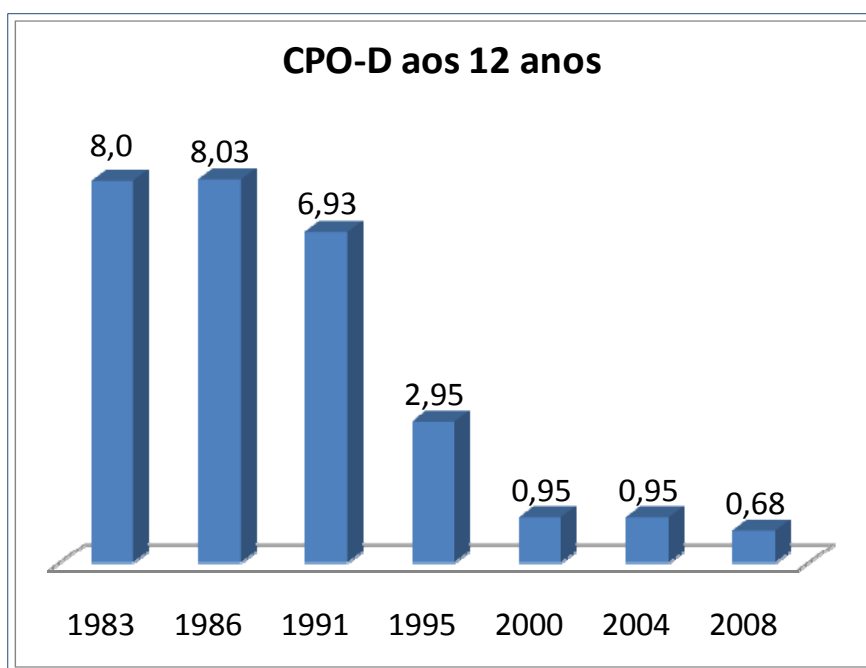
<sup>2</sup> Embora o termo científico seja lactente, foi utilizado o termo bebê, que na odontologia infantil está consagrado nos serviços de saúde e na literatura.

desse tipo de atendimento foi ter introduzido nos profissionais e usuários uma nova mentalidade quanto às atividades preventivas, além da obtenção de resultados significativos quanto à redução da prevalência e severidade da cárie, na população de 0 a 30 meses (RONCALLI et al., 1999).

Em 1988 o serviço foi reestruturado, e os profissionais que atuavam nas escolas passaram a realizar os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com prioridade para o Programa de Atenção aos Bebês e Programa Infantojuvenil (NAKAGAWA, 2006).

Ao longo dos anos, o município obteve conquistas significativas na área da SB, podendo ser exemplificadas pela redução expressiva no indicador epidemiológico da cárie dentária, que pode ser verificada na Figura 1, com índice CPO-D de 8,0 em 1983 para 0,68 em 2008 aos 12 anos de idade (CAMBÉ, 2005; LEVANTAMENTO epidemiológico..., 2010).

**Figura 1** – Índice CPO-D em crianças aos 12 anos de idade, Cambé, PR - 1983/2008.



Nos anos de 1996 e 2000, o município obteve reconhecimento nacional com o título de “Município Amigo da Criança”, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) devido à redução do índice de cárie dentária e redução da mortalidade infantil (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2010; GARBELINI; RIBEIRO DE SOUZA, 2010; NAKAGAWA, 2006).

O PSF em Cambé implantado em 1998 inicialmente com três equipes, foi expandido para vinte equipes em 2000, sem incorporar ações de SB. Na odontologia, isolado a esse processo, foi mantido o atendimento prioritário da população infantojuvenil (CAMBÉ, 2006a).

Embora numa análise preliminar existisse boa cobertura em crianças e jovens e a cárie dentária estivesse relativamente controlada na infância, havia uma parcela da população infantil e principalmente de adultos que não tinham acesso a nenhum serviço odontológico na rede pública, sendo esta uma necessidade apontada frequentemente pela comunidade (NAKAGAWA, 2006).

Nas conferências municipais de saúde realizadas no município, a população legitimava a importância do trabalho desenvolvido, apresentando o reconhecimento de sua efetividade e resolubilidade, mas reivindicava avanços no sentido de que se ampliasse o acesso a todas as faixas etárias. (NAKAGAWA, 2006; CAMBÉ, 2001; CAMBÉ, 2003).

### 1.2.1 Implantação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Em 2005, com vistas a atender à necessidade apontada pelos usuários e também com base em avaliações de demanda e cobertura, a Secretaria Municipal de Saúde inseriu a SB na ESF e implantou o Centro de Especialidades Odontológicas de Cambé (CEOC), o qual foi cadastrado pelo programa Brasil Sorridente do MS (CAMBÉ, 2006a).

Tal iniciativa representou uma profunda reestruturação na Política Municipal de SB para incluir a atenção ao adulto (CAMBÉ, 2008b).

Manter o atendimento de crianças e adolescentes com prioridade de atenção às gestantes e bebês menores de um ano e incluir de forma programática todas as famílias do território de abrangência das USF, não descuidando da necessária assistência a qualquer cidadão em situação de urgência, exigiu a construção de um novo processo de trabalho na atenção odontológica (CAMBÉ, 2006b).

Para que o movimento de definição do novo modelo de atenção não se desviasse do propósito de efetivar a ESF, foi implantado o Protocolo de Atenção Odontológica do Município de Cambé, construído com a participação dos profissionais de SB do Município, seguindo as diretrizes e os princípios organizativos do SUS (CAMBÉ, 2006b).

Nos anos de 2006 e 2008 o município apoiou a realização de duas pesquisas de avaliação em SB, uma com foco no desempenho das ESB (MORETI; NAKAGAWA, 2007) e outra na organização do serviço de SB (BUENO, 2008), cujos resultados produziram mudanças no processo de trabalho das equipes quanto ao registro de informações e estabelecimento de critérios para pactuar metas de cobertura.

Segundo Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2009), o consentimento do município para a realização de pesquisas evidencia o esforço pelo aprimoramento do serviço e da atenção aos princípios do SUS.

Em 2007 iniciou-se a prática de avaliações periódicas e pactuação de metas com as equipes das Unidades Saúde da Família (USF) envolvendo as ESB (FAÉ, 2008).

Como resultado dessas iniciativas, em 2006 e 2008 o município recebeu menção honrosa no Prêmio Brasil Sorridente, promovido pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em parceria com o MS. Esse prêmio é concedido aos municípios que se destacam na implementação de políticas públicas de SB (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008).

Em 2008, com o propósito criar uma base de dados para avaliação da inserção das ESB na ESF e atualizar os indicadores epidemiológicos na população infantil, a Secretaria Municipal de Saúde de Cambé (SMSC) realizou, com apoio do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da UEL, novo levantamento epidemiológico em SB, com a mesma metodologia que foi utilizada pelo MS no SB BRASIL 2003, o qual demonstrou tendência de declínio da cárie dentária aos 12 anos de idade e aumento de crianças livres de cárie aos três anos. Já na população adulta foi encontrado um elevado índice de cárie e alta prevalência de doença periodontal (LEVANTAMENTO epidemiológico..., 2010).

#### 1.2.1.1 Protocolo: instrumento de gestão do serviço

Os protocolos, segundo Werneck; Faria; Campos (2009) podem constituir-se em instrumentos potentes para a introdução de novas formas de se fazer a prática, contribuindo para as mudanças necessárias e os avanços desejados. Podem ser definidos como:

[...] rotinas dos cuidados e das ações de gestão, de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 31).

Muitos municípios com processo estruturado de gestão os utilizam entre outras tecnologias como uma das formas de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos clínicos e de organização de serviços têm sido cada vez mais adotados em razão de sua reconhecida importância no sentido de atribuir maior qualidade às ações de cuidado e de gestão, auxiliando na efetivação das diretrizes da política de saúde desejada. Seu emprego é recomendado pelo MS que elaborou, a partir da compilação de protocolos de SB de vários municípios e estados brasileiros, um documento de orientação para organização da AB em SB (BRASIL, 2006a).

Para Werneck; Faria; Campos, (2009), protocolos de organização dos serviços referem-se principalmente à organização do processo de trabalho e exigem a definição do “que fazer” e de “quem fazer”.

São instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009 p. 36).

Em Cambé, a construção de um protocolo próprio, assim como em muitos municípios do País, configurou-se como importante estratégia para orientar técnica e administrativamente as equipes nas várias áreas e ações de SB e promover mudanças no processo de trabalho. No município de Belo Horizonte a divulgação do protocolo segundo Werneck e Rocha (2008, p. 106) é: “[...] uma forma de garantir acesso dos profissionais ao conhecimento, uniformizar ações e gerar boas práticas de assistência, melhorando os resultados.”

O Protocolo de Atenção Odontológica do Município de Cambé apresenta conceitos, estabelece critérios de risco e priorização para atendimento; normas, recomendações e fluxos para organização do serviço e atendimento aos usuários, os quais

estão inseridos em quatro capítulos: Atenção Básica, Promoção à Saúde, Indicadores de Saúde Bucal e Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal (CAMBÉ, 2006b).

Segundo Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2009) esse protocolo retrata claramente que a organização de serviço é compatível com as diretrizes da Política Nacional de SB.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Para identificar fortalezas e deficiências da política de SB é imprescindível o aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação (BUENO, 2008). A garantia de qualidade da atenção à SB apresenta-se como um dos grandes desafios ao SUS. As mudanças em um modelo assistencial dependem, dentre outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços e do envolvimento da equipe. Considerando a característica do processo de trabalho em saúde, é necessário avaliar os serviços com ênfase na atuação dos trabalhadores. Estudos que destacam o processo de trabalho são capazes de potencializar mudanças na forma como a população é atendida. Na odontologia os sistemas de informação do SUS atualmente em uso não possibilitam analisar adequadamente os serviços. É evidente a necessidade de melhorar os instrumentos de acompanhamento das ações e da elaboração de indicadores mais adequados à realidade dos serviços, que permitam uma avaliação qualitativa e análise crítica do desempenho das ESB, valorizando a vivência dos profissionais inseridos no processo de reorientação das práticas de atenção em SB (PADILHA et al., 2005).

Nesse contexto, como forma de contribuir para melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde, a avaliação torna-se cada vez mais necessária para subsidiar o planejamento e definir estratégias de organização de processos de trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a adequação das práticas em serviço público odontológico na Estratégia Saúde da Família.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar a incorporação das orientações do Protocolo de Atenção Odontológica do Município de Cambé, no processo de trabalho das equipes de saúde bucal;
- identificar o preparo das equipes de saúde bucal para o desenvolvimento das atividades relacionadas à mudança do modelo assistencial odontológico;
- verificar a realização de práticas multidisciplinares nas equipes de saúde bucal e a integração com as equipes saúde da família;
- analisar a participação dos profissionais no processo de gestão e a satisfação no desenvolvimento do trabalho.

## **3 METODOLOGIA**

Este estudo é parte de uma pesquisa que envolveu a utilização de uma matriz de indicadores (Anexo A) que apresenta duas dimensões de análise. A primeira, foco deste estudo, é a dimensão dos Sujeitos que avalia o serviço odontológico a partir da atuação

dos profissionais envolvidos no processo de trabalho, e a segunda considera a Organização do Serviço, a qual é apresentada em outro estudo.

### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento do presente estudo é uma pesquisa avaliativa, que segundo Contandriopoulos et al. (1997) consiste em examinar as relações que existem entre os objetivos de uma intervenção, os meios que foram mobilizados e os bens ou serviços que foram produzidos em um contexto específico, em um dado momento.

A estratégia utilizada para conduzir as análises foi o estudo de caso, o qual segundo Yin (2005) é definido como uma investigação empírica de um fenômeno, que dificilmente pode ser dissociado ou isolado de seu contexto e onde o investigador tem pouco controle. Nesse tipo de estudo, o pesquisador confronta um modelo teórico com uma realidade empírica (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Trata-se de uma pesquisa abrangente, que compreende o desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. Permite preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. A investigação do tipo estudo de caso baseia-se em várias fontes de evidências como em documentos primários, secundários, observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas neles envolvidas (YIN, 2005).

Os estudos de caso visam demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO et al., 2005).

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cambé que apresentava em 2008 uma população estimada pelo Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 96.555 habitantes (BRASIL, 2009a), com 93,09% na zona urbana e 6,91% na zona rural.

Possui uma área de 496,122 km<sup>2</sup> e localiza-se no terceiro planalto do Estado do Paraná (Figura 2), na microrregião de Londrina, (CAMBÉ, 2008a).

**Figura 2** – Localização do município de Cambé, PR



Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), nos últimos cinco anos, a média de recursos próprios do município aplicados em saúde foi de 24,97% (BRASIL, 2010b), ou seja, um percentual superior aos 15% recomendados pela Emenda Constitucional 29 de 2000. Esses dados revelam a importância dada ao setor saúde, sendo o financiamento um componente necessário para garantir a conversão dos modelos de atenção à saúde e um indicador relevante nas análises de sustentabilidade (ROCHA et al., 2008).

Em 2000, de acordo com os critérios elaborados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-ONU), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)<sup>3</sup> foi de 0,793, e o Índice Gini<sup>4</sup>, 0,5 (CAMBÉ, 2008a).

<sup>3</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-ONU) foi criado para medir o desenvolvimento humano a partir dos fatores de educação, saúde e renda, e varia de 0 (nenhum desenvolvimento) a 1 (desenvolvimento humano total).

A taxa de mortalidade infantil<sup>5</sup> é considerada baixa, sendo que em 2008 apresentou 13,17 por mil nascidos vivos, tendo atingido em 2009 a menor taxa nos últimos anos com 11,38 óbitos por 1000 nascidos vivos (CAMBÉ, 2010b).

Habilitado na Gestão Plena de AB Ampliada no SUS, para efeito de planejamento e gestão em saúde, foi dividida territorialmente em quatro regiões político-administrativas (Norte, Leste, Sudeste e Centro) sendo que cada uma destas agregam bairros com maiores semelhanças territoriais (CAMBÉ, 2010a).

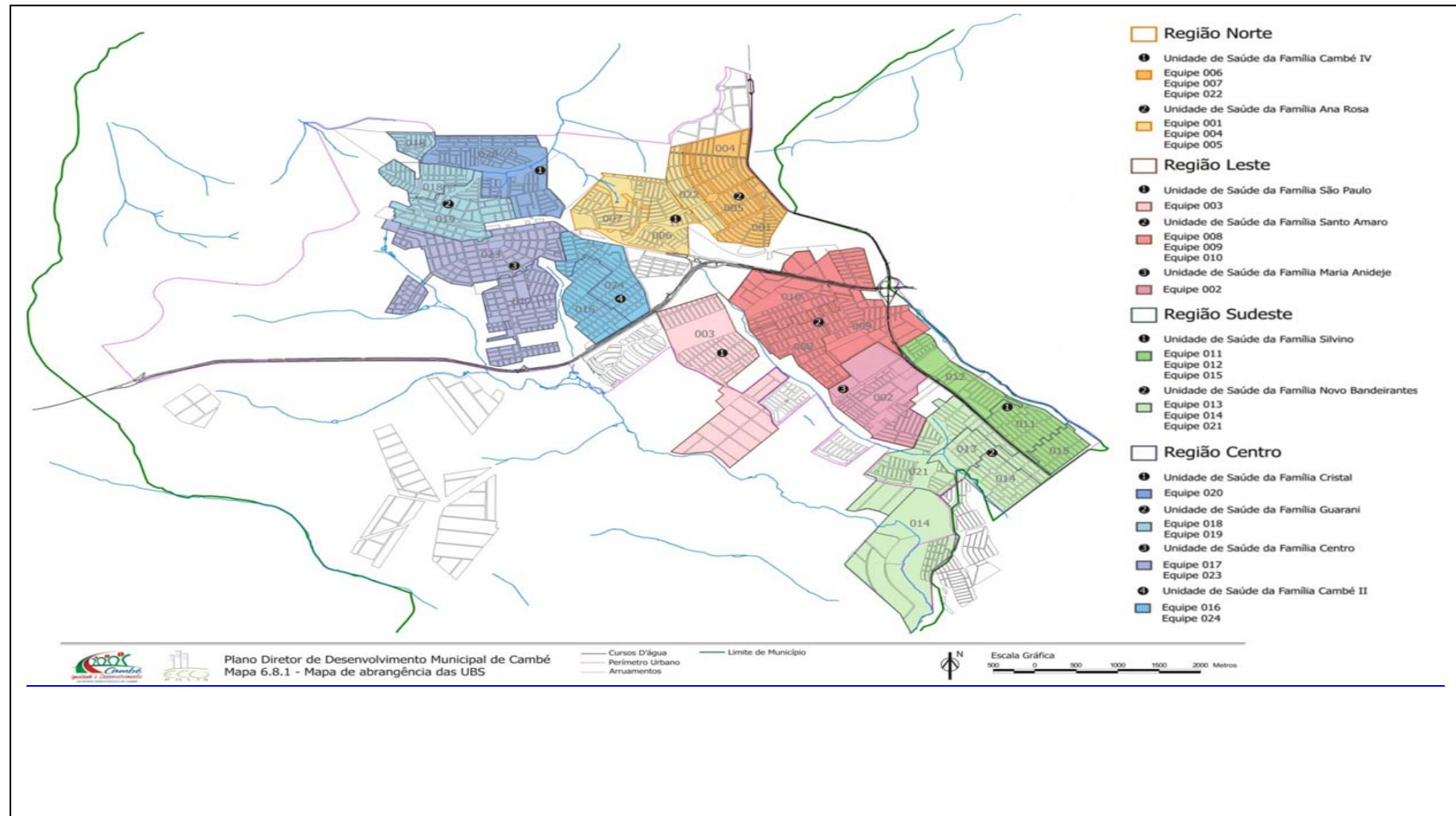
A rede ambulatorial básica de saúde é composta por uma UBS na zona rural e onze USF localizadas de maneira uniforme e estratégica nos bairros mais populosos do município (Figura 3), onde são oferecidos atendimentos em enfermagem, odontologia, clínica médica, pediatria e ginecologia (CAMBÉ, 2010a).

---

<sup>4</sup> O Índice Gini, segundo o PNUD-ONU mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos pela renda domiciliar per capita cujo valor varia de zero (sem desigualdade) a 1 (desigualdade máxima).

<sup>5</sup> Esse indicador é considerado um dos mais eficientes para medir a saúde de uma população, por meio de seu desenvolvimento econômico e social.

**Figura 3 – Mapa de abrangência das Unidades Saúde da Família, Cambé, PR.**



Fonte: Cambé (2008).

A assistência à saúde na AB tem como porta de entrada as USF onde atuam as 24 ESF, com cobertura de atendimento à população de 87,4% (CAMBÉ, 2010a).

Segundo dados do SIAB, na zona urbana a população adscrita por USF é próxima a 100% com exceção apenas de uma USF localizada na região central do município com 40,3% (Tabela 1).

**Tabela 1** – População coberta pela Estratégia Saúde da Família em relação à população estimada pelo IBGE, Cambé, PR - 2008.

USF	População		
	Estimada IBGE	Cadastrada SIAB	Coberta pela ESF (%)
USF 01	10013	10090	100,8
USF 02	11104	11197	100,8
USF 03	11036	9828	89,1
USF 04	10022	10100	100,8
USF 05	11664	11718	100,5
USF 06	4393	4428	100,8
USF 07	4847	4888	100,8
USF 08	12417	5000	40,3
USF 09	7271	6867	94,4
USF 10	4712	4746	100,7
USF 11	6305	5615	89,1
Z RURAL	2771	0	0,0
CAMBÉ	96555	84477	87,5

Até o encerramento da coleta de dados, em novembro de 2009, atuavam 20 ESB, sendo 10 de modalidade I, sem o Técnico de Saúde Bucal (TSB) e 10 de modalidade II, com TSB (Tabela 2).

**Tabela 2–** Distribuição das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal por região e Unidade Saúde da Família, Cambé, PR - 2008.

<b>Região</b>	<b>USF</b>	<b>Equipe SF (N)</b>	<b>ESB mod. I (N)</b>	<b>ESB mod. II (N)</b>
A (Sudeste)	USF 01	3	2	1
	USF 02	3	2	1
B (Norte)	USF 03	3	1	1
	USF 04	3	1	1
C (Leste)	USF 05	3	2	1
	USF 06	1	0	1
	USF 07	1	1	0
D (Centro)	USF 08	2	0	1
	USF 09	2	0	1
	USF 10	1	0	1
	USF 11	2	1	1
<b>CAMBÉ</b>	<b>11Unidades</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Além dos 20 cirurgiões-dentistas (CD), 10 TSB e 20 auxiliares de saúde bucal (ASB) cadastrados na ESF com jornada de quarenta horas semanais, atuavam em conjunto nas USF mais 2 TSB, 14 ASB e 19 CD (não cadastrados na ESF) com desempenho direcionado à população infantojuvenil e manutenção dos programas preexistentes, dos quais, 7 CD atuavam em mais de um local, sendo 5 em 2, 1 em 3 e 1 em 4 USF.

Na Tabela 3 visualiza-se a quantidade de profissionais por categoria e por USF, independentemente da carga horária semanal exercida no ano de 2008.

**Tabela 3** – Quantitativo de profissionais de saúde bucal por categoria profissional por Unidade Saúde da Família, Cambé, PR - 2008.

USF	CD ESF	CD Não ESF <sup>(1)</sup>	TSB <sup>(2)</sup>	ASB <sup>(2)</sup>
USF 01	3	2	1	3
USF 02	3	1	1	4
USF 03	2	4	2	4
USF 04	2	4	1	5
USF 05	3	3	1	3
USF 06	1	0	1	1
USF 07	1	3	1	3
USF 08	1	5	1	4
USF 09	1	2	1	3
USF 10	1	2	1	2
USF 11	2	3	1	2
CAMBÉ	20	29 <sup>(3)</sup>	12	34

**Fonte:** Departamento de Serviços Odontológicos de Cambé, Relatórios de produção Individual, Cambé, 2008.

- (1) Nota : Número de cirurgiões dentistas não cadastrados na Estratégia Saúde da Família.
- (2) Número de técnicos em saúde bucal e auxiliares de saúde bucal, cadastrados ou não na Estratégia Saúde da Família.
- (3) Do total de 19 CD, 12 atuavam em um único local e os 7 que atuavam em mais de uma USF foram considerados em todas as unidades em que trabalhavam [(12x1USF) + (5x2USF) + (1x3USF) (1x4USF) = 29].

Para a referência de média complexidade, o serviço possuía na rede própria dois Centros de Apoio Psicossocial, Centro de Referência de Especialidades Médicas, Laboratório de Análises Clínicas, Unidade de Lactação, Centro de Reabilitação e Promoção em Saúde, e o Centro de Especialidades Odontológicas tipo II. Ainda em continuidade à dimensão estrutural, com referência à capacidade instalada na rede contratada com o SUS, o município conta com dois hospitais, laboratórios e clínicas de apoio e diagnóstico (CAMBÉ, 2010a).

### 3.3 OBJETO DO ESTUDO

O objeto do presente estudo foi o Serviço Público Odontológico de Cambé.

### 3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população de estudo foi constituída pelos profissionais de SB que atuavam nas 11 USF no ano de 2008.

### 3.5 FONTES, PERÍODO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas três fontes de dados: análise documental, entrevistas e observação. As fontes documentais, observação com registro em diário de campo e entrevista com os coordenadores de USF foram utilizadas para verificar a concordância com as respostas obtidas na entrevista com os membros das ESB, que foi o principal meio para a obtenção dos dados. Em casos de discordância, para as pontuações, considerando-se a dificuldade de memória, foram priorizadas as informações obtidas em fontes documentais.

#### 3.5.1 Análise Documental

Esta etapa, realizada nos períodos de maio a agosto e outubro a dezembro de 2009, consistiu na consulta aos dados populacionais do IBGE, relatórios consolidados das famílias cadastradas no SIAB, relatórios de produção das ESB e livros de registros de atendimentos odontológicos referente ao ano de 2008, onde foram verificadas informações contidas em itens da entrevista, a qual foi realizada na etapa seguinte.

Nos relatórios mensais de produção individual dos profissionais de SB por USF foi verificado a existência dos seguintes registros: atendimentos de urgência/pronto-atendimento, atendimento a bebês, gestantes, adultos e famílias, procedimentos odontológicos individuais (preventivos e curativos) e coletivos (educativos e preventivos) da tabela do sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, faltas de pacientes agendados, tratamentos odontológicos iniciados e concluídos, realização das reuniões de equipes, oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS), reuniões técnicas com a coordenação e ações

multidisciplinares. Nesse momento foram identificados os profissionais que atuaram nas USF no ano de 2008 a fim de definir a população alvo a ser entrevistada.

Nos livros de atendimento odontológico da ESF (de famílias, gestantes e de bebês menores de um ano, encaminhamento ao CEO, visita domiciliar) foram verificados os seguintes registros: famílias convocadas, gestantes e bebês para tratamento odontológico, famílias que tiveram o tratamento concluído (TC), visitas domiciliares e encaminhamentos para o CEOC.

### 3.5.2 Entrevista

Como a pesquisadora exerceu cargo de chefia na SMSC no período avaliado, as entrevistas foram realizadas por Bueno, colaboradora e autora da Matriz de Indicadores que serviu de base para a matriz utilizada nessa avaliação, a fim de garantir a fidedignidade dos dados e evitar possíveis constrangimentos dos profissionais de odontologia.

As entrevistas tiveram por finalidade verificar, com base em informações contidas no protocolo, questões relativas ao contexto de implantação da ESF, quanto ao processo de trabalho das equipes para execução de suas atribuições, tendo sido abordados os seguintes aspectos:

- conhecimento e aplicação do protocolo quanto à territorialização, cadastramento das famílias, organização do atendimento, acolhimento, atendimento a grupos prioritários (bebês e gestantes), critérios de seleção de famílias, critérios de exclusão (do atendimento clínico agendado), referência e contra-referência ao CEOC, promoção e educação em saúde, atividades coletivas, orientações da ESF, atendimento de urgência, e a realização de procedimentos clínicos padronizados;
- participação em reuniões para o esclarecimento quanto ao uso do protocolo;
- treinamento para o registro de informações;
- participação da ESB em oficinas de EPS;
- participação em reuniões de equipe do PSF;
- desenvolvimento de práticas em equipe multidisciplinares;

- participação dos profissionais no processo de gestão (de planejamento local, avaliação das ações, pactuação de metas, reuniões com a coordenação);
- satisfação dos profissionais em desenvolver o trabalho.

Foi utilizado um formulário (Apêndice A) contendo oito questões com alternativas de respostas relacionadas a indicadores e pontuações de uma matriz avaliativa (Anexo A), a qual norteou também a definição dos objetivos específicos e demais dados coletados em outras fontes.

As questões tiveram como foco o ano de 2008 e foram direcionadas aos profissionais de acordo com as atribuições de cada categoria, sendo que para os CD foi considerada também a diferença de atribuição entre os cadastrados e não cadastrados no PSF. Os coordenadores das USF foram entrevistados quanto às atividades que envolviam a participação de todos os profissionais da unidade. A opção de se entrevistar os profissionais não cadastrados na ESB se deu porque estes contribuem para a estruturação da ESF mantendo o atendimento infantojuvenil e aqueles provenientes de modelos de atenção anteriores.

A questão referente ao uso do protocolo (1Aa) foi composta de 13 itens, sendo três direcionadas exclusivamente aos CD cadastrados na ESF e três aos não cadastrados, de forma que cada profissional respondeu a 10 itens (Apêndice A).

Foram entrevistados no período entre outubro e dezembro de 2009, membros das ESB que atuavam nas USF no ano de 2008 (38 CD, 31 ASB, 11 TSB) e os 11 coordenadores das USF e excluídos cinco profissionais (1 CD, 1 TSB, e 3 ASB) que após três tentativas de contato não foram encontrados no local de trabalho, em decorrência de licença médica, férias e licença maternidade. Não houve recusa em participar da entrevista (Tabela 4).

**Tabela 4** – Número de Profissionais por categoria, envolvidos na pesquisa, Cambé, PR – 2009.

CATEGORIA	ENTREVISTADOS	PERDAS	TOTAL
Cirurgião-dentista cadastrado no PSF	19	1	20
Cirurgião-dentista não cadastrado no PSF	19 <sup>(1)</sup>	0	19
Técnico de Saúde Bucal	11	1	12
Auxiliar de Saúde Bucal	31	3	34
Coordenador de USF	11	0	11
Total	91	5	96

(1) **Nota** Do total de 19 CD, 12 atuavam em um único local e os 7 que atuavam em mais de uma USF foram considerados em todas as unidades em que trabalhavam [(12x1USF) + (5x2USF) + (1x3USF) (1x4USF) = 29].

### 3.5.3 Observação

A observação foi realizada no período outubro a dezembro de 2009, em duas a três visitas em cada USF com duração média de 4 horas e contemplou verificar os aspectos relacionados à organização dos documentos de coleta de dados: existência dos livros e a forma de registro das informações, arquivamento dos cadastros de famílias, respeito às normas do protocolo para classificação, seleção, convocação de famílias e grupos prioritários.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada uma Matriz de Indicadores de avaliação de serviço público de odontologia, elaborada por Bueno (2008), que foi modificada para aplicação no presente estudo.

### 3.6.1 Matriz de Indicadores

A Matriz de Indicadores criada por Bueno, doravante denominada de Matriz de Bueno (Anexo A), foi desenvolvida em trabalho de pesquisa realizado em 2007 com base no modelo lógico da organização do serviço público de odontologia do município de Cambé (PR) (Anexo B), também construído pela mesma autora (BUENO; CORDONI JUNIOR; MESAS, 2009).

Segundo Denis; Champagne (1997), um modelo lógico ou modelo teórico explicita como um programa supostamente funciona. A partir dele é possível definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados (MEDINA et al., 2005).

A Matriz de Bueno é composta de duas dimensões de análise (Sujeitos e Organização do Serviço), doze critérios, dezesseis indicadores, pontuações (escores ou percentuais), parâmetros (“Crítico”, “Regular”, “Aceitável”, “Satisfatório”) e fontes de informações.

Como já mencionado anteriormente este trabalho teve como foco a dimensão dos Sujeitos da Matriz de Bueno a qual compreende quatro critérios e oito indicadores conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensão Sujeitos da Matriz de Bueno.

Dimensões	Crítérios	Indicadores	Pontuação	Parâmetro	Fontes de Informação
1. Sujeitos	1A. Uso do Protocolo	1Aa. Conhecimento e aplicação do Protocolo.	0. Não conhece. 1. Conhece e não aplica. 2. Aplica parcialmente. 3. Aplica integralmente.	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 2. Diário de Campo.
	1B. Adequação do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço.	1Ba. Houve esclarecimento para uso do Protocolo.	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadora da USF avaliada. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
		1Bb. Houve treinamento para o registro de Informações.	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
		1Bc. Profissionais participam das oficinas de EPS. (x oficinas, presentes em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
	1C. Integração da equipe (PSF/ESB).	1Ca. ESB presente nas reuniões realizadas na USF no mês. (x reuniões, presente em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
		1Cb. Práticas com equipes multidisciplinares. (x equipes, presentes em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
	1D. Adesão dos Agentes às Práticas	1Da. Profissionais se sentem participantes do processo de gestão.	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada.
		1Db. Profissionais se sentem satisfeitos com o seu trabalho e sentem prazer em desenvolvê-lo.	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	

### 3.6.1.1 Ajustes e modificações realizadas na matriz de bueno

As modificações na Matriz de Bueno foram realizadas para permitir sua aplicação no conjunto de USF do município, incluir as atividades de todos os profissionais das ESB, independentemente de estarem ou não cadastrados na ESF, e aperfeiçoá-la. Dessa forma foi possível obter uma avaliação realista e abrangente do serviço público odontológico na AB do município de Cambé.

Segundo Bueno, para utilização da matriz, os indicadores e parâmetros podem ser ajustados para se adequarem às necessidades e especificidades de cada serviço. Para Assis et. al. (2005, p. 106) os indicadores no contexto da avaliação:

[...] são parâmetros quantificados ou qualitativamente elaborados que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo adequadamente conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (resultados). São uma espécie de sinalizadores que buscam expressar sinteticamente um aspecto da realidade (variável).

Para validar as modificações da matriz foi realizada uma oficina de trabalho com a pesquisadora, a autora da Matriz de Bueno e sete CD. O convite aos participantes obedeceu a pelo menos a um dos seguintes critérios: experiência na área de SF, gestão de serviços públicos, avaliação de serviços e sistemas de saúde, atuação em órgão público municipal, estadual e/ou de ensino. Todos os itens da matriz modificada foram discutidos e analisados.

No critério 1B (Adequação do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço) o termo “Adequação” foi substituído por “Preparo”.

Os indicadores tiveram sua denominação padronizada e reformulada para melhor identificação.

O quantitativo de pontuações dos indicadores 1Ba, 1Bb, 1Da e 1Db foi ampliado de três para quatro, a fim de equilibrar a correspondência com os quatro parâmetros classificatórios sendo que a nomenclatura do parâmetro “Regular” foi substituída por “Insuficiente.”

Os percentuais referentes aos parâmetros classificatórios dos indicadores foram alterados conforme segue:

o valor mínimo correspondente à classificação “Satisfatório” foi elevado de 75% para 80%.

o intervalo limite das demais classificações foi estabelecido com base na terça parte do valor mínimo considerado satisfatório (80%), ou seja, a classificação “Aceitável” situa-se a partir do valor correspondente a dois terços do “Satisfatório” (53,3%), o “Insuficiente” a partir de um terço (26,7%) e o “Crítico” inferior a um terço (< 26,7%).

No Quadro 2 podem ser comparadas as pontuações e os parâmetros entre Matriz de Bueno e a Matriz de Bueno Modificada, em relação às alterações realizadas.

**Quadro 2** – Alterações realizadas na dimensão Sujeitos da Matriz de Bueno, quanto às pontuações e parâmetros.

Critério	Indicador	Matriz de Bueno		Matriz de Bueno Modificada	
		Pontuação	Parâmetro	Pontuação	Parâmetro
1B. Preparo do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço	1Ba. Esclarecimento para Uso do Protocolo	0. Não 1. Parcialment e 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0   26,7% 1. Insuficiente: 26,7%   53,3% 2. Aceitável: 53,3%   80% 3. Satisfatório: 80% ou mais
	1Bb. Treinamento para o Registro de Informações	0. Não 1. Parcialment e 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0   26,7% 1. Insuficiente: 26,7%   53,3% 2. Aceitável: 53,3%   80% 3. Satisfatório: 80% ou mais
1D. Adesão dos Agentes às Práticas	1Da. Participação dos Profissionais no Processo de Gestão	0. Não 1. Parcialment e 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0   26,7% 1. Insuficiente: 26,7%   53,3% 2. Aceitável: 53,3%   80% 3. Satisfatório: 80% ou mais
	1Db. Satisfação dos profissionais em desenvolver seu trabalho	0. Não 1. Parcialment e 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0   26,7% 1. Insuficiente: 26,7%   53,3% 2. Aceitável: 53,3%   80% 3. Satisfatório: 80% ou mais

A dimensão Sujeitos da Matriz de Bueno Modificada, com todos os critérios, indicadores, pontuações, parâmetros classificatórios e as fontes de informação utilizadas neste estudo, pode ser visualizada no Quadro 3.

Quadro 3 – Dimensão Sujeitos da Matriz de Bueno Modificada

Dimensão	Crítérios	Indicadores	Pontuação (escores ou percentuais)	Parâmetro	Fontes de Informação
1. Sujeitos	1A. Uso do Protocolo.	1Aa. Conhecimento e Aplicação do Protocolo.	0. Não conhece. 1. Conhece e não aplica. 2. Aplica parcialmente. 3. Aplica integralmente.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
	1B. Preparo do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço.	1Ba. Esclarecimento para Uso do Protocolo.	0. Não. 1. Insuficiente. 2. Parcialmente. 3. Plenamente.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD e TSB. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
		1Bb. Treinamento para o Registro de Informações.	0. Não. 1. Insuficiente. 2. Parcialmente. 3. Plenamente.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD, TSB e ASB. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
		1Bc. Participação em Oficinas de EPS. (x oficinas, presentes em y)	Percentual obtido.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD, TSB, ASB e coordenador da USF. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
	1C. Integração da equipe (SF/ESB).	1Ca. Presença da ESB em Reuniões Realizadas na USF. (x reuniões, presente em y)	Percentual obtido.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD e coordenador da USF. 2. Checagem de registros. 3. Diário de Campo.
		1Cb. Práticas com Equipes Multidisciplinares. (x equipes, presentes em y)	Percentual obtido.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	
	1D. Adesão dos Agentes às Práticas.	1Da. Participação dos profissionais no processo de gestão.	0. Não. 1. Insuficiente. 2. Parcialmente. 3. Plenamente.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD e TSB.
		1Db. Satisfação dos Profissionais em desenvolver seu trabalho.	0. Não. 1. Insuficiente. 2. Parcialmente. 3. Plenamente.	0. Crítico: 0   26,7%. 1. Insuficiente: 26,7%   53,3%. 2. Aceitável: 53,3%   80%. 3. Satisfatório: 80% ou mais.	1. Entrevista com CD, TSB e ASB.

### 3.6.1.2 Descrição dos indicadores

Cada indicador da Matriz de Bueno Modificada é caracterizado por sua denominação e sua relação com as orientações do Protocolo de Atenção Odontológica do Município (CAMBÉ, 2006). Possibilitam inferir sobre as características da ESF no processo de trabalho das ESB conforme descritos a seguir.

**1) Conhecimento e Aplicação do Protocolo (1Aa)** - verifica o conhecimento por parte dos CD quanto à existência do protocolo municipal e a sua aplicação no desenvolvimento do trabalho. A pergunta referente a esse indicador contemplou itens cujos componentes, quando necessário, foram esclarecidos pela entrevistadora (ver a questão no Apêndice A).

- **Territorialização** – conhecimento por parte do CD cadastrado na ESF quanto ao território (área, microárea, características epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas) e atuação por área de abrangência da USF;
- **Cadastramento das famílias** – realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e analisado pelos CD cadastrados na ESF quanto ao perfil familiar para o estabelecimento da classificação de risco, seleção e priorização de famílias para tratamento odontológico;
- **Organização do atendimento** – contempla oferecer na agenda odontológica vagas para o atendimento da demanda espontânea (urgência/pronto atendimento) e programada (famílias, gestantes e bebês menores de um ano);
- **Acolhimento** – a escuta e o atendimento dos usuários que procuram por atendimento pela ESB e/ou o seu direcionamento para uma unidade ou serviço, que possa atendê-los em suas necessidades, quer seja da demanda espontânea ou programada.
- **Grupos prioritários de atendimento** – a garantia de atendimento às gestantes e bebês nas ações preventivas, educativas, curativas e de promoção à saúde, que procuram o serviço de forma programada ou espontaneamente e de busca ativa por meio de visitas domiciliares;

- **Crêterios de sele o de famílias** – a utiliza o dos cr terios de risco social e biológico por parte dos CD da ESF, para selecionar e convocar as famílias para o tratamento odontológico;
- **Crêterios de exclusão** – a interrup o do tratamento odontológico com agendamento prévio das pessoas em atendimento programado, após duas faltas não justificadas;
- **Referência e contra-referência ao CEOC** – o encaminhamento do usuário ao nível especializado conforme o fluxo estabelecido, após ter concluído tratamento necessário na AB e com o registro em livro na USF;
- **Promo o e educa o em saúde** – realiza o de a o es educativas com abordagem sobre os fatores de risco ou de prote o, tanto para as doenças da cavidade bucal como para outros agravos, seja na USF ou na comunidade;
- **Atividades coletivas** – desenvolvimento de a o es educativo-preventivas em grupos no âmbito das USF ou na comunidade;
- **Estratégia Saúde da Família** – conhecimento do CD não cadastrado na ESF quanto a conceitos e atribui o es próprias das equipes de saúde na ESF previstos no Protocolo;
- **Atendimento de urgência e pronto-atendimento** – o atendimento da livre demanda, pelos profissionais não cadastrados na ESF, para resolu o clínica da queixa principal, que pode ser de dor intolerável (urgência) ou da necessidade percebida e manifestada pelo usuário que demanda resolu o clínica (pronto-atendimento);
- **Procedimentos clínicos padronizados** – a realiza o por parte dos CD não cadastrados na ESF dos procedimentos clínicos recomendados no Protocolo na primeira consulta e retornos de crianças considerando o risco de cárie, presença de doenças na cavidade bucal, doenças sist micas que requerem cuidados especiais tais como diabetes e cardiopatias, entre outras.

2) **Esclarecimento para o uso do Protocolo (1Ba)** – verifica se houve capacita o e preparo das ESB para realizar mudanças no modelo de aten o odontológico com a implanta o do Protocolo.

**3) Treinamento para o registro de informações (1Bb)** – verifica se os membros das ESB foram treinados para o preenchimento de relatórios de produção e registros específicos estabelecidos no Protocolo.

**4) Participação em oficina de EPS (1Bc)** – expressa a presença das ESB nas oficinas de EPS em relação ao número de oficinas realizadas na USF.

**5) Presença da ESB nas reuniões realizadas na USF (1Ca)** – expressa a participação do CD nas reuniões de equipe do PSF em relação ao total de reuniões realizadas na USF.

**6) Práticas com equipes multidisciplinares (1Cb)** – verifica a proporção de participação das ESB em relação às diversas atividades multidisciplinares (educativas e de promoção à saúde) realizadas pela USF.

**7) Participação dos profissionais no processo de gestão (1Da)** – verifica o envolvimento de membros da ESB em atividades de planejamento, programação e avaliação. A pergunta na entrevista contemplou os itens citados na sequência, os quais foram esclarecidos pela entrevistadora quando necessário.

- **Planejamento de atividades a serem desenvolvidas na área de atuação e/ou da USF** – compreende todas as atividades não rotineiras planejadas pela própria equipe;
- **Avaliação de ações** – inclui tanto as ações específicas do setor odontológico quanto as realizadas no âmbito geral na USF;
- **Trabalho com metas de cobertura e produtividade** – considera o estabelecimento de metas relacionadas aos indicadores de monitoramento da atenção básica do Pacto pela Saúde, bem como ao atendimento de grupos prioritários, famílias e atividades preventivas;
- **Outras reuniões com a coordenação** – compreende as reuniões com o coordenador da USF e/ou da coordenação odontológica sobre temas gerais do serviço, específicos ou não ao setor odontológico.

**8) Satisfação dos profissionais em desenvolver seu trabalho** – verifica o grau de satisfação dos membros da ESB quanto à realização de suas atividades cotidianas.

### 3.6.2 Cálculo das Pontuações e Análise de Dados

Inicialmente foi realizado o cálculo das pontuações por indicador por USF e em seguida, incluindo os resultados de todos os indicadores, foi obtida a classificação final do serviço odontológico das unidades de saúde e geral do município.

As pontuações (escores ou percentuais) obtidas a partir das respostas dos entrevistados (CD, TSB e ASB) foram transferidas para a Planilha de Registro de Pontuações (Apêndice B), e foi calculado o valor obtido em cada indicador por USF. Os resultados inicialmente obtidos por escore foram convertidos em percentuais utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\text{Percentual} = \frac{\text{Escore obtido}}{\text{Escore máximo}} \times 100$$

O escore máximo corresponde à somatória do valor máximo de cada questão, multiplicado pelo número de entrevistados.

No caso do escore da questão referente ao conhecimento e à aplicação do Protocolo (1Aa), foi utilizada a mesma metodologia para obtenção de um único escore por CD incluindo os 13 itens da questão. Da mesma forma, considerando-se a importância de cada um dos 13 itens mencionados, foi calculada também uma pontuação por item para identificar o desempenho em cada um destes.

Os percentuais obtidos em cada indicador a partir da Planilha de Registro de Pontuações foram lançados na Matriz de Bueno Modificada e relacionados à respectiva classificação e pontuação sendo: “Crítico” = 0 (0 | 26,7%); “Insuficiente” = 1 (26,7% | 53,3%); “Aceitável” = 2 (53,3% | 80,0%) e “Satisfatório” = 3 (80% e mais).

Para a classificação dos serviços odontológicos das USF e geral do município de Cambé foram utilizados os mesmos procedimentos metodológicos.

Para fins de análise, os dados foram sistematizados em planilha Excel e agrupados por USF, para composição da avaliação final. Especificamente aos CD, considerando os não cadastrados no PSF, os resultados das entrevistas foram considerados em mais de uma USF, ou seja, em todas as que o CD atuava. Assim, nas tabelas apresentadas, nos

dados referentes ao município, totalizaram-se 49 respostas em vez de 39 (20 CD exclusivamente da ESF e 19 CD não cadastrados na ESF, dos quais 5 atuavam em 2 USF, 1 em 3 e 1 em 4).

A análise foi realizada inicialmente a partir da classificação obtida de cada um dos indicadores, sendo que as informações colhidas nas entrevistas, nos documentos e registros foram utilizadas para caracterizar e/ou detalhar os aspectos que se relacionavam aos respectivos indicadores.

Na discussão buscou-se enfatizar características do processo de trabalho na ESF quanto à atuação sobre o território, cadastramento familiar, planejamento, avaliação, integração da equipe, desenvolvimento de ações multidisciplinares e qualificação das ESB, bem como evidenciar aspectos relacionados a princípios do SUS.

Na análise final, os indicadores foram agrupados em torno dos objetivos específicos, buscando-se relacioná-los aos princípios do SUS quanto à universalidade, equidade e integralidade.

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

A realização da pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé (Anexo C) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, conforme o parecer PF n. 050/09; CAAE n. 0779.0.000.268-09; folha de rosto n. 247631. (Anexo D).

Todas as entrevistas foram concedidas de forma espontânea, precedidas de esclarecimentos quanto aos objetivos e à metodologia da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Para proteger a identidade dos participantes, as USF e equipes foram identificadas com letras e números.

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a ordem estabelecida na Matriz de Bueno Modificada, com os indicadores inseridos nos respectivos critérios.

### 5.1 USO DO PROTOCOLO

Quanto ao Critério Uso do Protocolo (1A) pode-se verificar na Tabela 5 que os CD em todas as USF aplicavam de forma “Satisfatório” ou “Aceitável” as orientações do Protocolo, com o município atingindo 86,8%. Duas Unidades obtiveram 100,0%.

**Tabela 5** – Resultado Obtido e Classificação do indicador 1Aa Conhecimento e Aplicação do Protocolo pelo CD, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	5	15	13	86,7	Satisfatório
USF 02	4	12	12	100,0	Satisfatório
USF 03	6	18	14	77,8	Aceitável
USF 04	6	18	17	94,4	Satisfatório
USF 05	6	18	09	77,8	Aceitável
USF 06	1	3	2	66,7	Aceitável
USF 07	4	12	12	100,0	Satisfatório
USF 08	6	18	14	77,8	Aceitável
USF 09	3	9	8	88,9	Satisfatório
USF 10	3	9	8	88,9	Satisfatório
USF 11	4	12	11	91,7	Satisfatório
CAMBÉ	48 <sup>1</sup>	144	125	86,8	Satisfatório

(1) Nota: A diferença entre o total de CD entrevistados (38) e as respostas (48) tabuladas deve-se a atuação de sete profissionais em mais de uma USF.

Nas entrevistas verificou-se que o conhecimento dos CD acerca do Protocolo é abrangente e compreendeu os tópicos abordados nas entrevistas, porém não era aplicado integralmente de forma homogênea em todas as USF. Observa-se no Quadro 4 o desempenho por item, por USF. Verificou-se que, dentre as pontuações obtidas, as respostas

“aplica de forma insuficiente” e “aplica parcialmente” apresentaram maior frequência nos itens Cadastramento das Famílias, Critérios de Seleção das Famílias e Critérios de Exclusão. Destes, os dois primeiros itens referem-se às respostas dos CD (cadastrados na ESF) que atendiam crianças e famílias, sendo que o terceiro incluiu também os CD que possuíam atuação direcionada apenas às crianças. Na USF 06 atuava apenas 1 CD cadastrado na ESF, razão pela qual não apresentou pontuação para os itens 11 a 13 que eram direcionados apenas aos CD não cadastrados na ESF. O único item que recebeu pontuação máxima (“aplica plenamente”) em todas as USF foi o atendimento de Urgência/Pronto-atendimento.

**Quadro 4** - Pontuação por item da questão quanto ao conhecimento e aplicação do Protocolo de Atenção Odontológica do Município por USF, Cambé, PR - 2008.

Itens da questão 1Aa	USF 01	USF 02	USF 03	USF 04	USF 05	USF 06	USF 07	USF 08	USF 09	USF 10	USF 11
1 Territorialização	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
<b>2 Cadastramento das Famílias</b>	3	3	1	3	2	1	3	2	2	3	2
3 Organização do Atendimento	3	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3
4 Acolhimento	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3
5 Grupos Prioritários de Atendimento	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
<b>6 Critérios de Seleção das Famílias</b>	3	3	1	2	2	1	3	2	3	2	3
<b>7 Critérios de Exclusão</b>	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3
8 Referência e Contra-referência ao CEOC	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
9 Promoção e Educação em Saúde	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3
10 Atividades Coletivas	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3
11 Orientações da ESF	3	3	3	3	2	-	3	2	3	3	3
12 Atendimento Urgência/Pronto-Atendimento	3	3	3	3	3	-	3	3	3	3	3
13 Procedimentos Clínicos Padronizados	3	3	2	3	2	-	3	2	3	3	3

Legenda:

- 1 – Conhece/Aplica de forma insuficiente
- 2 – Aplica parcialmente
- 3 – Aplica plenamente
- Não se aplica (ausência de CD não cadastrado na ESF)

Pode-se observar que as unidades 03, 05, 06 e 08 foram as que apresentaram maior frequência de pontuações que corresponderam à aplicação do Protocolo de forma parcial ou insuficiente. Na análise das entrevistas, os profissionais dessas unidades apresentaram menor quantidade de resposta 3 (aplica plenamente). As USF 02 e 07 obtiveram pontuação “Satisfatório” para todos os itens abordados.

## 5.2 PREPARO DO QUADRO TÉCNICO ÀS NECESSIDADES DO SERVIÇO

O critério Adequação do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço (1B) obteve pontuação “Satisfatório” considerando-se os três indicadores que o compõe conforme são apresentados a seguir.

O indicador Esclarecimento para o Uso do Protocolo (1Ba) recebeu pontuação “Aceitável” em cinco USF e “Satisfatório” em seis, sendo duas com 100,0%. O município atingiu 80,2% (Tabela 6).

**Tabela 6** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Ba Esclarecimento para Uso do Protocolo, pelo CD e TSB por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	6	18	13	72,2	Aceitável
USF 02	5	15	13	86,7	Satisfatório
USF 03	8	24	19	79,2	Aceitável
USF 04	7	21	18	85,7	Satisfatório
USF 05	6	18	14	77,8	Aceitável
USF 06	2	6	6	100,0	Satisfatório
USF 07	5	15	14	93,3	Satisfatório
USF 08	7	21	13	61,9	Aceitável
USF 09	4	12	12	100,0	Satisfatório
USF 10	4	12	10	83,3	Satisfatório
USF 11	5	15	10	66,7	Aceitável
CAMBÉ	59 <sup>(1)</sup>	177	142	80,2	Satisfatório

(1) Nota: A diferença entre o total de CD (38) e TSB (11) entrevistados e as respostas (59) tabuladas deve-se a atuação de sete CD em mais de uma USF.

A pontuação obtida para o indicador Treinamento para o Registro de Informações (1Bb) foi “Satisfatório” para dez USF, e apenas uma “Aceitável”, tendo sido envolvidos todos os membros da ESB. Três USF atingiram 100,0%, e o município atingiu 88,9% (Tabela 7).

**Tabela 7** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Bb Treinamento para o Registro de Informações, pelo CD, TSB e ASB, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	9	27	23	85,2	Satisfatório
USF 02	9	27	25	92,6	Satisfatório
USF 03	11	33	28	84,9	Satisfatório
USF 04	11	33	29	87,9	Satisfatório
USF 05	9	27	24	88,9	Satisfatório
USF 06	3	9	9	100,0	Satisfatório
USF 07	8	24	21	87,5	Satisfatório
USF 08	10	30	27	90,0	Satisfatório
USF 09	7	21	21	100,0	Satisfatório
USF 10	6	18	18	100,0	Satisfatório
USF 11	7	21	15	71,4	Aceitável
CAMBÉ	90 <sup>(1)</sup>	270	240	88,9	Satisfatório

(1) Nota: A diferença entre o total de CD (38), TSB (11) e ASB (31) entrevistados e as respostas (59) tabuladas deve-se a atuação de sete CD em mais de uma USF.

Quanto ao indicador Participação em Oficinas de EPS (1Bc), todas as USF apresentaram pontuação de 100,0% (Tabela 8). Não foram considerados os profissionais com carga horária parcial e os que atuavam em mais de uma unidade que não compareceram, pelo fato de a oficina ter sido realizada em período incompatível com o seu horário de trabalho.

**Tabela 8** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Bc Participação em Oficinas de Educação Permanente em Saúde, pelo CD, TSB e ASB, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total de oficinas EPS	Presença da ESB	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	3	3	100,0	Satisfatório
USF 02	4	4	100,0	Satisfatório
USF 03	3	3	100,0	Satisfatório
USF 04	4	4	100,0	Satisfatório
USF 05	3	3	100,0	Satisfatório
USF 06	3	3	100,0	Satisfatório
USF 07	3	3	100,0	Satisfatório
USF 08	4	4	100,0	Satisfatório
USF 09	4	4	100,0	Satisfatório
USF 10	3	3	100,0	Satisfatório
USF 11	3	3	100,0	Satisfatório
CAMBÉ	37	37	100,0	Satisfatório

### 5.3 INTEGRAÇÃO DA EQUIPE

No critério 1C Integração da Equipe (SF/ESB) verificou-se, por meio do indicador Presença da ESB nas Reuniões Realizadas na USF (1Ca), em oito unidades a pontuação foi “Satisfatório” com 100,0%, porém em três a pontuação foi “Insuficiente” (Tabela 9).

**Tabela 9** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Ca Presença da Equipe de Saúde Bucal em Reuniões Realizadas na USF, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total de ESB no PSF	Total de Reuniões de Equipe PSF	Presença da ESB	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	3	144	144	100,0	Satisfatório
USF 02	3	144	144	100,0	Satisfatório
USF 03	2	65	26	40,0	Insuficiente
USF 04	2	96	96	100,0	Satisfatório
USF 05	3	144	144	100,0	Satisfatório
USF 06	1	48	48	100,0	Satisfatório
USF 07	1	48	48	100,0	Satisfatório
USF 08	1	48	48	100,0	Satisfatório
USF 09	1	48	16	33,3	Insuficiente
USF 10	1	48	48	100,0	Satisfatório
USF 11	2	72	36	50,0	Insuficiente
CAMBÉ	20	905	798	88,2	Satisfatório

O indicador Práticas com Equipes Multidisciplinares (1Cb) foi “Satisfatório” em dez USF, sendo nove com 100,0%. Apenas uma apresentou pontuação “Crítico” com 20,0%, tendo participado de apenas uma das cinco atividades desenvolvidas na unidade (Tabela 10).

**Tabela 10** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Cb Práticas com Equipes Multidisciplinares, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total de Práticas Multidisciplinares	Presença das ESB	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	5	4	80,0	Satisfatório
USF 02	5	1	20,0	Crítico
USF 03	6	6	100,0	Satisfatório
USF 04	6	6	100,0	Satisfatório
USF 05	6	6	100,0	Satisfatório
USF 06	6	6	100,0	Satisfatório
USF 07	6	6	100,0	Satisfatório
USF 08	2	2	100,0	Satisfatório
USF 09	6	6	100,0	Satisfatório
USF 10	5	5	100,0	Satisfatório
USF 11	4	4	100,0	Satisfatório
CAMBÉ	57	52	91,2	Satisfatório

Nas práticas multidisciplinares desenvolvidas em todas as USF, verificou-se expressiva participação de membros da ESB. Além da participação em atividades usuais direcionadas aos hipertensos, diabéticos e gestantes, membros da ESB atuavam em grupos de tabagistas, obesos, idosos, saúde mental (Escuta) e em outras atividades diversas (Quadro 5).

**Quadro 5** – Práticas multidisciplinares realizadas por USF e participação da ESB, Cambé, PR - 2008.

USF	Hipertensos	Diabéticos	Gestantes	Tabagistas	Obesos	Idosos	Escuta	Outros
USF 01	S	S	S	S	N	-	-	S
USF 02	N	N	N	N	-	-	-	S
USF 03	S	S	S	S	S	-	-	S
USF 04	S	S	S	S	S	-	S	S
USF 05	S	S	S	S	-	-	S	S
USF 06	S	S	-	S	S	S	S	S
USF 07	S	S	S	S	S	-	-	S
USF 08	-	-	S	S	-	-	-	X
USF 09	S	S	-	S	S	-	S	S
USF 10	S	S	S	S	-	-	-	S
USF 11	S	S	-	-	-	S	-	S

Legenda:

S Realizado com participação da ESB

N Realizado sem a participação da ESB

Atividade não era realizada pela USF

#### 5.4 ADESÃO DOS AGENTES ÀS PRÁTICAS

No critério Adesão dos Agentes às Práticas (1D), a pontuação foi “Satisfatório”. O indicador Participação dos Profissionais no Processo de Gestão (1Da), na entrevista, foi composto por itens relacionados ao planejamento de atividades, avaliação das ações, atuação com metas de cobertura e produtividade e participação em reuniões com a coordenação. O resultado do município foi de 82,5% tendo seis USF obtido classificação “Satisfatório”, e cinco “Aceitável” (Tabela 11).

**Tabela 11** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Da Participação dos Profissionais no Processo de Gestão, pelo CD e TSB, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2008.

USF	Total	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	6	18	15	83,3	Satisfatório
USF 02	5	15	13	86,7	Satisfatório
USF 03	8	24	15	62,5	Aceitável
USF 04	7	21	19	90,5	Satisfatório
USF 05	6	18	15	83,3	Satisfatório
USF 06	2	6	4	66,7	Aceitável
USF 07	5	15	13	86,7	Satisfatório
USF 08	7	21	15	71,4	Aceitável
USF 09	4	12	11	91,7	Satisfatório
USF 10	4	12	12	100,0	Satisfatório
USF 11	5	15	14	93,3	Satisfatório
CAMBÉ	59 <sup>(1)</sup>	177	146	82,5	Satisfatório

(1) Nota: A diferença entre o total de CD (38) e TSB (11) entrevistados e as respostas (59) tabuladas deve-se a atuação de sete CD em mais de uma USF.

Observou-se a presença de membros das ESB em todas as atividades que foram relacionadas ao processo de gestão. As que apresentaram maior frequência foram respectivamente o trabalho com metas e a participação em reuniões com a coordenação (Quadro 6).

**Quadro 6** – Participação de CD e TSB por atividade relacionada ao processo de gestão, Cambé, PR – 2008.

USF	Planejamento	Avaliação	Metas	Reuniões	Total Máximo de Respostas
USF 01	5	5	5	5	6
USF 02	5	4	5	4	5
USF 03	5	4	5	5	8
USF 04	6	5	7	7	7
USF 05	4	4	6	5	6
USF 06	1	1	2	2	2
USF 07	3	3	4	5	5
USF 08	5	5	6	5	7
USF 09	4	3	4	3	4
USF 10	4	4	4	4	4
USF 11	5	4	5	4	5
Total	47	42	53	49	59

O indicador Satisfação dos Profissionais em Desenvolver seu Trabalho (1Db) foi “Satisfatório” com 83,3% para o município. Cinco USF ficaram com pontuação “Aceitável” e seis com “Satisfatório” (Tabela 12).

**Tabela 12** – Resultado Obtido e Classificação do Indicador 1Db Satisfação dos Profissionais em Desenvolver Seu Trabalho, pelo CD, TSB e ASB, por USF e geral do Município, Cambé, PR - 2009.

USF	Total	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Resultado Obtido (%)	Classificação do Indicador
USF 01	9	27	21	77,8	Aceitável
USF 02	9	27	21	77,8	Aceitável
USF 03	11	33	28	84,9	Satisfatório
USF 04	11	33	29	87,9	Satisfatório
USF 05	09	27	20	74,1	Aceitável
USF 06	3	9	6	66,7	Aceitável
USF 07	8	24	21	87,5	Satisfatório
USF 08	10	30	27	90,0	Satisfatório
USF 09	7	21	18	85,7	Satisfatório
USF 10	6	18	18	100,0	Satisfatório
USF 11	7	21	16	76,2	Aceitável
CAMBÉ	90	270	225	83,3	Satisfatório

## 5.5 RESULTADO FINAL APLICANDO A MATRIZ DE BUENO MODIFICADA

A classificação final do Serviço Público Odontológico do município de Cambé aplicando a Matriz de Bueno Modificada foi “Satisfatório” com 90,2%.

Das 11 USF, duas (USF 03 e 11) obtiveram classificação “Aceitável” ambas com 79,2%, e as demais atingiram pontuação “Satisfatório”, sendo três (USF 04, 07 e 10) com 100%.

Na Figura 4 visualiza-se o resultado de todos os indicadores por critério, as pontuações, a classificação final por USF e do município de Cambé.

Do total de 11 USF, nove (81,8%) obtiveram classificação final “Satisfatório” e a de duas unidades (18,2%) foi “Aceitável”.

Destaca-se a USF 10 onde todos os oito indicadores obtiveram classificação “Satisfatório” sendo seis com 100%.

Considerando o resultado de cada indicador, observa-se que contrastando e destoando com os resultados “Satisfatório” e “Aceitável” da maior parte das USF, em três unidades o resultado foi “Insuficiente” para o indicador Presença da ESB nas Reuniões Realizadas na USF (1Ca) e em uma foi “Crítico” para o indicador Práticas com Equipes Multidisciplinares (1Cb).

INDICADORES/USF	USF 01	USF 02	USF 03	USF 04	USF 05	USF 06	USF 07	USF 08	USF 09	USF 10	USF 11	CAMBÉ
<b>1. DIMENSÃO SUJEITOS</b>												
<b>1A. Critério Uso do Protocolo</b>												
1Aa. Conhecimento e Aplicação do Protocolo	86.7%	100.0%	77.8%	94.4%	77.8%	66.7%	100.0%	77.8%	88.9%	88.9%	91.8%	<b>86,8%</b>
<b>1B. Critério Adequação do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço</b>												
1Ba. Esclarecimento para Uso do Protocolo	72.2%	86.7%	79.2%	85.7%	77,8%	100.0%	93.3%	61.9%	100.0%	83.3%	66.7%	<b>80,2%</b>
1Bb. Treinamento para Registro de Informações	85.5%	92.6%	84.9%	87.9%	88,8%	100.0%	87.5%	90.0%	100.0%	100.0%	71.4%	<b>88,9%</b>
1Bc. Participação em Oficinas de EPS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100,0%</b>
<b>1C. Critério Integração da Equipe (SF/ESB)</b>												
1Ca. Presença da ESB nas Reuniões Realizadas na USF	100.0%	100.0%	40.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	50.00%	<b>88,2%</b>
1Cb. Práticas com Equipes Multidisciplinares	80.00%	20.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>91,2%</b>
<b>1D. Critério Adesão dos Agentes às Práticas</b>												
1Da. Participação dos Profissionais no Processo de Gestão	83.3%	86.7%	62.5%	90.5%	83,3%	66.7%	86.7%	71.4%	91.7%	100.0%	93.3%	<b>82,5%</b>
1Db. Satisfação dos Profissionais em Desenvolver seu Trabalho	77.8%	77.8%	84.9%	87.9%	66,7%	66.7%	87.5%	90.0%	85.7%	100.0%	76.2%	<b>83,3%</b>
Pontuação Obtida	22	20	19	24	22	21	24	21	22	24	19	238
Pontuação Máxima	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	264
<b>Classificação Final</b>	<b>91.7%</b>	<b>83.3%</b>	<b>79.2%</b>	<b>100.0%</b>	<b>91,7%</b>	<b>87.5%</b>	<b>100.0%</b>	<b>87.5%</b>	<b>91.7%</b>	<b>100.0%</b>	<b>79.2%</b>	<b>90.2%</b>

**Figura 4 - Classificação final das Unidades Saúde da Família e do município de Cambé, PR - 2008.**

Legenda: **Crítico = 0**

**Insuficiente = 1**

**Aceitável = 2**

**Satisfatório = 3**

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 USO DO PROTOCOLO

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), dependendo da forma como foram implementados os protocolos podem introduzir novos conhecimentos, produzir boas reuniões de trabalho, melhorar as relações da equipe, estimular os sujeitos a trabalhar com mais prazer e compromisso na construção do processo de trabalho.

Em estudo realizado no Recife (PE), Pereira (2007) ressalta a importância de normatizações sobre ação programática específica do PSF, como garantia de padronização das formas de atendimento à população e com o objetivo de materializar os princípios que norteiam a ESF.

O indicador Conhecimento e Aplicação do Protocolo (1Aa) mostrou como resultado positivo que todos os CD das ESB conheciam o Protocolo e mesmo que não o fosse de forma integral, era utilizado em todas as USF conforme demonstram a Tabela 5 e o Quadro 4. Esse fato leva a acreditar que ocorreram mudanças no processo de trabalho das ESB, que se refletiram positivamente na operacionalização dos princípios da ESF.

Essas características e a realização das ações foram identificadas também nos relatórios e livros de registros consultados durante coleta dos dados para avaliação dos demais indicadores da matriz.

Embora em sete USF (01, 02, 04, 07, 09, 10 e 11) a classificação tenha sido “Satisfatório”, em apenas duas os profissionais entrevistados afirmaram empregar o Protocolo plenamente. O uso do Protocolo pode favorecer a obtenção dos resultados desejados, mas os sujeitos devem estar motivados para sua correta aplicação, na medida em que, segundo Franco e Merhy (2006a), são eles que no cotidiano do trabalho, em última instância, definem o perfil da assistência.

Esse indicador por si não permitiu avaliar se os resultados das ações foram positivos ou negativos. No Quadro 4 observou-se que os itens que receberam menor pontuação quanto à sua aplicação relacionam-se a aspectos importantes na ESF: cadastramento das famílias, critério de seleção das famílias e critérios de exclusão do atendimento clínico programado.

O fato de o cadastramento não ter sido realizado adequadamente, ou não ter sido atualizado sistematicamente em seis USF (03, 05, 06, 08, 09 e 11) impediu que aquelas equipes tivessem total conhecimento acerca das famílias do território e identificassem todas as que se encontravam em situação de risco e vulnerabilidade.

Na ESF o cadastramento possibilita às equipes conhecer o território, a população, o perfil epidemiológico, as condições sociais e econômicas da população (BRASIL, 2006a). Segundo Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2009), os cadastros possibilitam conhecer a comunidade em que se atua e estabelecer critérios de acessibilidade com priorização de problemas, visando atingir a equidade no atendimento. Para Emmi e Barroso (2008) o diagnóstico a partir do território permite realizar avaliações permanentes para planejar e desenvolver ações coerentes com a realidade vivida pela população da área.

Também em seis USF (03, 04, 05, 06, 08 e 10), onde os profissionais não aplicaram plenamente os critérios de seleção de famílias, a equidade ficou comprometida, uma vez que famílias de maior risco e vulnerabilidade que necessitariam de atendimento odontológico podem não ter sido priorizadas em detrimento de outras de menor risco. A observância desse critério é fundamental, no sentido de buscar diminuir a desigualdade no acesso.

No Brasil, a preocupação com as desigualdades em saúde deve ocupar lugar de destaque, da mesma forma como é tratada a desigualdade social e de renda. Ainda que a importância da SB seja reconhecida, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Segundo Barros e Bertoldi (2002) dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 mostraram baixa utilização dos serviços odontológicos e grandes desigualdades no acesso e utilização desses serviços. Os grupos socioeconômicos mais pobres utilizam mais os serviços odontológicos da rede pública, porém em número muito menor do que os de melhores condições socioeconômicas. As maiores necessidades e a maior parcela de sofrimento são encontradas nos grupos que têm menor condição de resolvê-los por seus próprios meios.

É importante destacar que o setor saúde tem capacidade limitada de impactar sobre a qualidade de vida dos cidadãos, sendo necessário um conjunto de ações de caráter econômico e social para colocar em prática o conceito da equidade (RONCALLI, 2008).

Os critérios de exclusão do tratamento clínico programado quando não utilizados geram prejuízos ao próprio sistema e aos sujeitos envolvidos, na medida em que se referem ao número de faltas que costumam ser elevadas em consultas clínicas agendadas, mesmo em serviços que apresentam fatores facilitadores de acesso. Moretti e Nakagawa (2007) encontraram uma média de duas a três faltas por dia por CD, em trabalho de avaliação do desempenho das ESB do município de Cambé. Em estudo de avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos em idade pré-escolar, Siqueira et al. (2009) observaram alto índice de faltas (42,14 %) às consultas odontológicas agendadas em UBS do município de São Paulo. Para Noro (2008) as faltas geram ociosidade, razão pela qual, devem ser controladas rigorosamente.

Em seis USF (01, 03, 04, 05, 06 e 08) os profissionais referiram aplicar apenas parcialmente os critérios de exclusão recomendados no Protocolo, o que pode ter gerado maior número médio de faltas por usuário em atendimento. Nessas USF pode-se inferir que as faltas de pacientes e os abandonos de tratamentos podem ter sido maiores em relação às demais unidades, assim como o tempo gasto para completar o tratamento odontológico. Outro aspecto relevante a ser considerado é que mais importante do que concluir um tratamento restaurador é a prevenção e o controle das doenças da cavidade oral.

A aplicação apenas parcial desses critérios provavelmente restringiu o acesso de novos usuários ao serviço odontológico reduzindo a cobertura assistencial.

Na odontologia, há que se considerar que, exceto em situações de urgência, geralmente as necessidades de tratamento não são percebidas pelo indivíduo. Mesmo quando diagnosticadas pelo CD, nem sempre são assimiladas como prioritárias de forma que muitas vezes a garantia do tratamento não é valorizada, gerando as faltas não justificadas às consultas agendadas. Pesquisa realizada por Camargo, Dumith e Barros (2009) em Pelotas (RS) apontou que há uma tendência de os indivíduos procurarem por atendimento odontológico somente quando apresentam dor ou algum desconforto, além da pouca valorização da SB enquanto componente importante para a manutenção da saúde geral.

Portanto, a aplicação desses critérios pode ser vista dentre outras medidas, como forma de responsabilizar os usuários quanto à manutenção e/ou recuperação de sua saúde bucal, que nesse caso corresponderia à sua assiduidade nos atendimentos agendados pela ESB. Em contrapartida, é necessário, que a ESB busque conhecer a causa das faltas a fim de elaborar estratégias visando reduzi-las.

Segundo Aerts, Abegg e Cesa (2004) a co-responsabilização requer dos profissionais de saúde atitude responsável para com a melhoria da qualidade de vida da população do território onde atuam, mas também que os cidadãos se responsabilizem e assumam a defesa de sua própria saúde e da coletividade.

Considerou-se positivo quanto à integralidade, o emprego do Protocolo quanto às recomendações relacionadas à referência e contra-referência entre a atenção especializada e AB em dez USF, o desenvolvimento de ações educativas em sete e a realização de atividades coletivas em oito unidades. Segundo Mattos (2001), são vários os sentidos da integralidade, podendo incluir-se a boa prática profissional baseada no conhecimento especializado e visão abrangente das necessidades dos sujeitos atendidos, o modo como se dá o processo de trabalho, e de como os serviços são organizados e ofertados para responder às necessidades e aos problemas de saúde.

Pimentel et al. (2010) afirmam que as ações de prevenção e promoção à saúde, quando desenvolvidas nos serviços, atuam como fator de melhoria dos serviços e qualidade de vida da população. Estudo de Emmi e Barroso (2008) realizado no distrito de Mosqueiro (PA) constatou que, na percepção dos usuários (a maioria adultos jovens), ações desenvolvidas pelas ESB (palestras, orientações na USF e em visita domiciliar) contribuíram para acrescentar conhecimento sobre todos os assuntos relacionados à promoção da saúde bucal (especialmente o flúor, o fio dental e a higiene bucal) e melhorar a qualidade de sua saúde bucal. O emprego do protocolo nas USF é positivo, no entanto é importante aliar outras avaliações de qualidade e impacto das ações, uma vez que segundo Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos quando adotados podem ser úteis e contribuir para a obtenção da melhoria das condições de vida e da saúde das pessoas, mas também podem restringir-se à mera execução de procedimentos preestabelecidos e apresentar resultados não desejados. Para esses autores, a qualidade a ser impressa em cada ação depende do conhecimento, do compromisso, da implicação e do valor atribuído ao serviço pelo trabalhador ou à responsabilidade de cada profissional (e da equipe) na decisão pelo emprego do protocolo.

## 6.2 PREPARO DO QUADRO TÉCNICO ÀS NECESSIDADES DO SERVIÇO

A efetivação do projeto de mudança requer dos gestores comprometimento no sentido de envolver os agentes das práticas e promover as condições para que os profissionais se sintam participantes do processo e viabilizem o novo modelo na prática. Segundo Fortuna (2003), os trabalhadores de saúde podem constituir-se em atores sociais, protagonizando, viabilizando projetos e colocando-os em ação.

As Tabelas 6, 7 e 8 demonstraram pelos indicadores Esclarecimento para o Uso do Protocolo (1Ba), Treinamento para o Registro de Informações (1Bb) e Participação em Oficinas de EPS (1Bc) que os gestores buscaram sensibilizar e adequar o quadro técnico para promover a mudança do modelo de atenção. Esse critério foi classificado como “Satisfatório” e envolveu tanto o esclarecimento para o emprego do Protocolo quanto o preenchimento dos registros de informação e participação dos profissionais em oficinas de EPS. Segundo Teixeira (2006a, p. 573), “[...] o elemento diferenciador da qualidade da gestão, mais do que a perícia técnica é o compromisso ético e político dos sujeitos que compõem a equipe dirigente”.

Percebe-se que a implantação da SB na ESF foi realizada no município de Cambé a partir de um processo de planejamento que buscou envolver os profissionais do próprio serviço. O fato de o Protocolo ter sido elaborado por uma equipe composta por profissionais do próprio serviço bem como o resultado positivo do indicador Esclarecimento para o Uso do Protocolo (1Ba) pressupõe esse envolvimento. Esse aspecto é relevante, uma vez que, segundo Faria et al. (2009), todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, os quais, em quase todas as instituições geralmente são definidos por grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional. No entendimento dos autores, é uma visão equivocada e viciada que pressupõe a impossibilidade de os trabalhadores que realizam as atividades produtivas diretas deliberarem sobre o conjunto da produção social.

O correto registro de informações é importante na medida em que subsidia a alimentação de sistemas de informação do SUS e possibilita às equipes e aos gestores realizarem avaliações e monitorar os serviços. Quanto ao indicador Treinamento para o Registro de Informações (1Bb), observou-se que o resultado foi “Satisfatório” em dez unidades, contudo, durante a checagem de registros, foi identificado que algumas USF não

seguiam a padronização definida no Protocolo para o controle de famílias e usuários atendidos. Esse fato dificultou a coleta de dados, pois determinadas informações tiveram que ser verificadas em mais de uma fonte de informação.

A ausência de padronização sugere que houve falhas no processo de monitoramento, que permitiu aos profissionais atuarem em desacordo com o preconizado no Protocolo. Os gestores devem estar atentos e realizar acompanhamento constante, avaliando a aplicação do Protocolo e sua efetividade (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Nesse caso, faz-se necessário ampliar a discussão e a reflexão com as equipes quanto à importância da padronização para o registro de informação.

A participação dos profissionais em oficinas de EPS, demonstrada pelo indicador (1Bc), foi “Satisfatório” em todas as USF, e certamente as oficinas se configuraram em importante espaço instituído pela gestão no sentido de estimular a reflexão do processo de trabalho das equipes, visando à qualificação da atenção à saúde.

A EPS utiliza ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Dentre outras potencialidades contribui para o fortalecimento do controle social, repolitização do SUS, incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo saúde e doença, com a responsabilização de cada envolvido e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Para Merhy (2005) não é possível separar os termos educação em saúde e trabalho em saúde na medida em que um produz o outro, tanto para a construção da competência do trabalhador quanto para a expressão de seu lugar como sujeito produtor do cuidado, que impacta o modo de viver de outro, o usuário individual e/ou coletivo.

A EPS enquanto processo pedagógico e educativo coloca em análise o cotidiano do trabalho e a formação, destacando como central a:

[...] sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional (CECCIM, 2005, p. 162-163).

O indicador demonstra que os gestores buscaram garantir esse espaço na medida em que as oficinas eram realizadas a cada três ou quatro meses com o fechamento das unidades de saúde a fim de oportunizar e estimular a participação de todos os trabalhadores

(equipe técnica, administrativa e de serviços gerais), abertas à participação da comunidade e de conselheiros municipais de saúde.

Ainda que no critério Adequação do Quadro Técnico às Necessidades do Serviço (1B) os três indicadores (Esclarecimento para Uso do Protocolo (1Ba), Treinamento para o Registro de Informações (1Bb) e Participação em Oficinas de EPS (1Bc)) em conjunto tenham demonstrado uma classificação geral “Satisfatório”, cinco unidades apresentaram resultado apenas “Aceitável” nos indicadores 1Ba (USF 01, 03, 08 e 11) e 1Bb (USF 11), indicando que nem todos os profissionais que atuam nas equipes foram sensibilizados/motivados para a mudança, ou se sentem suficientemente capacitados, o que poderia justificar a não aplicação integral do Protocolo por vários profissionais verificada no Quadro 4.

Atuar para qualificar os serviços de saúde na produção do cuidado é um desafio cotidiano que envolve sujeitos e, sobretudo, instituições.

Nesse sentido, é fundamental compreender que os atores interessados em promover as mudanças devem ter capacidade de analisar a situação e suas singularidades de forma a mobilizar os mais variados tipos de recursos para negociar ou impor o seu projeto para construir um modo de protagonizar ações, que possam ir produzindo novos sentidos para a produção dos atos de cuidar (MERHY, 2006b, p. 17-19).

Segundo Silveira Filho (2002) e Silva (2008) é necessária a adequação do perfil dos profissionais para atuarem na lógica do novo modelo, por meio de capacitações para os que já atuam e investimento na formação de novos profissionais.

Na graduação, a formação em Saúde Pública para as diversas áreas da saúde tem sido deficitária, sendo que nos municípios geralmente ocorrem atualizações pontuais, sendo raras as administrações que investem na formação gerencial e na capacitação técnica (RIMOLI, 2006).

Na saúde, a velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam, os problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a crescente especialização, o predomínio da formação centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência fazem a atualização permanente dos trabalhadores se tornar uma tarefa muito complexa, sendo crucial desenvolver “recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos (os profissionais de saúde) como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional” (CECCIM, 2005, p. 163).

No Brasil, a relevância desse tema foi evidenciada pela instituição, em 2007, da Política de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2010a).

É importante ressaltar que, na maioria das situações do cotidiano, pode existir mais de uma maneira de se fazer um trabalho, e que as diferenças na forma de executá-lo explicam, em grande parte, as diferenças na qualidade do trabalho executado, a qual pode ser traduzida em mais eficiência, eficácia ou satisfação para as equipes que executam o trabalho e para os usuários que se utilizam dele (FARIA et al., 2009).

### 6.3 INTEGRAÇÃO DA EQUIPE E PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES

A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais com base em seus conhecimentos e nos recursos disponíveis desenvolve ações de saúde comuns a toda a equipe, nas quais integram saberes de distintos campos e também específicos de suas respectivas áreas (PEDUZZI, 2001; BRASIL, 2006a). Envolve o atendimento aos usuários nas USF e outras atividades realizadas para a população na comunidade (BRASIL, 2006a).

No município de Cambé, os indicadores Presença da ESB nas Reuniões Realizadas na USF (1Ca) e Práticas em Equipe Multidisciplinar (1Cb) sugerem que havia boa integração das equipes no PSF na organização do trabalho e que as ações multidisciplinares eram realizadas de forma rotineira e programada em grande parte das USF (Tabelas 9 e 10) .

O PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que agentes de diferentes áreas sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor de forma compartilhada novas práticas (PEDUZZI, 2001; BALDANI et al., 2005).

O resultado dos indicadores permite pressupor que o serviço de saúde bucal atende diretrizes da ESF quanto ao desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde de forma integral e compartilhamento de experiências e saberes para melhor

qualificação das equipes. Para a dinâmica das famílias e da comunidade assistida, além de procedimentos tecnológicos, há a necessidade da valorização de saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem mais integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos (BRASIL, 2006a; SILVA, 2008).

A Tabela 9 demonstrou que as reuniões de equipe do PSF ocorriam semanalmente na maioria das USF, tendo as ESB de oito unidades participado em 100% das reuniões. Esse resultado diferiu dos encontrados em 2002 por Baldani et al. (2005) em municípios do estado do Paraná que haviam inserido as ESB no PSF. Nesse trabalho, apesar de os dentistas terem relatado haver envolvimento com a equipe de SF, os dados indicaram apenas pequena aproximação, com pouca participação em reuniões semanais com toda a equipe (ESB e equipe de saúde da família).

Em Cambé, dentre as onze USF, três obtiveram resultado “Insuficiente”, contrastando com o resultado “Satisfatório” das demais. Isso fez com que se buscasse identificar as causas, as quais foram registradas no instrumento de coleta de dados e no diário de campo.

Na USF 03 atuavam duas ESB, sendo que uma equipe realizava as reuniões fora do horário de trabalho do dentista, o qual participava de uma reunião a cada dois meses e a outra equipe não realizou reuniões durante sete meses, em função da ausência do profissional médico. Na USF 09 o CD referiu que não era convidado a participar de reunião quando não havia pauta específica sobre SB. Já na USF 11, de duas equipes, uma realizava reuniões semanais com a equipe completa, e a outra equipe não se reunia.

Nessas unidades foram evidenciados aspectos que persistem e permeiam as relações dificultando a efetiva integração das equipes, tais como a tendência dos profissionais de saúde bucal em atuar de forma isolada e individual, a falta de reconhecimento e valorização por parte de todos os membros das equipes quanto ao seu papel e a sua importância nas reuniões e a tendência de supervalorização e dependência da figura do profissional médico.

Historicamente no setor saúde, a odontologia desenvolveu suas atividades de forma isolada do processo de organização dos demais serviços (BRASIL, 2006a), o que de certo modo representa um desafio a ser superado pelos profissionais da equipe na construção da integralidade. A ESB é e deve sentir-se parte da equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a).

Por outro lado há que se superar também a dependência da figura do profissional médico. Profissionais de diferentes áreas tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação à área médica, em detrimento dos saberes e das ações de outros âmbitos da produção do cuidado (PEDUZZI, 2001).

As práticas em equipe multidisciplinar segundo o indicador 1Cb eram desenvolvidas em todas as USF do município com a participação expressiva das ESB, com exceção de uma única unidade (Tabela 10).

Percebeu-se a prioridade dada pelo gestor, quanto ao desenvolvimento dessa prática, com abertura para que as ESB participassem das ações de promoção e educação em saúde.

Além da atuação direcionada aos hipertensos, aos diabéticos e às gestantes, o que geralmente ocorre nos serviços, os profissionais de SB em Cambé também se faziam presentes nos grupos de tabagistas, obesos, idosos, grupos de escuta entre outros (Quadro 5), os quais se constituem em momentos para intervenção em fatores de risco comuns a várias doenças e que também estão priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL 2006a; BRASIL, 2006d). Para Pimental et al. (2010), o trabalho em equipe na SB representa uma forma de incorporar o conceito ampliado de saúde.

Em estudo de Almeida; Ferreira (2008), dentistas do serviço municipal de saúde de Natal (RN) relataram a realização de atividades educativas integradas com as equipes de SF em grupos de escolares, idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes, porém, além da cárie dentária, a abordagem de outros assuntos associados à saúde geral eram pouco frequentes.

A USF 02 que apresentou um resultado “Crítico” demonstrou que a ESB não priorizou essas ações, uma vez que a unidade possuía a mesma condição que as demais, ou até melhores para o desenvolvimento dessas atividades, com três equipes de SF e a mesma proporção de ESB e uma TSB. Mais uma vez, há que se considerar os objetivos e as expectativas próprias de cada sujeito, bem como o perfil dos profissionais que muitas vezes não se adaptam às necessidades que o modelo de atenção proposto exige.

Segundo Teixeira (2006b), nos serviços de saúde são perceptíveis as ações isoladas no modo de trabalho do CD, que devido à sua pouca familiaridade com o trabalho em equipe, raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas.

Pimentel et al. (2010) observaram no município do Recife (PE) que algumas equipes de SB buscavam e conseguiam integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, mas

em outras não havia integração de forma contínua, sendo as atividades pontuais. Dentre as dificuldades, identificaram a falta de entrosamento da ESB com o restante da equipe e a falta de experiência da ESB em lidar com a forma de atuação da ESF.

Ainda em relação ao trabalho em equipe e multidisciplinar deve-se considerar a necessidade de avaliar detidamente a abrangência e o impacto dessas ações. A realização dessas práticas por si não representa ruptura com a dinâmica médico centrada (FRANCO; MERHY, 2006). Pode representar apenas um agrupamento de profissionais atuando de forma fragmentada, sem articulação de ações e saberes, coerentes com a proposta da integralidade das ações de saúde (PEDUZZI, 2001).

#### 6.4 PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO PROCESSO DE GESTÃO E A SATISFAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

É evidente ser necessária a adesão dos trabalhadores de forma comprometida, com o modelo de atenção proposto, para que as práticas se reflitam em melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Segundo Sanches et al. (2010) serviços organizados de forma a favorecer o envolvimento das equipes de saúde com o seu trabalho e a satisfação em desenvolvê-lo aumentam consideravelmente o compromisso que os profissionais têm com o trabalho e a instituição à qual pertencem, razão pela qual ganha importância analisar os indicadores relacionados a esse contexto.

O indicador Participação dos Profissionais no Processo de Gestão (1Da) possibilitou verificar que em todas as USF, as ESB participavam, em algum nível, de atividades relacionadas ao processo de gestão local (Tabela 11), o que era desejável visto que podem ser relacionadas à maior probabilidade de as ações terem sido executadas conforme o proposto, favorecendo a mudança no modelo de atenção.

Na ESF as equipes devem promover a análise e o diagnóstico situacional, avaliar as ações desenvolvidas no território, identificar necessidade e expectativas da população, participar do planejamento para em seguida elaborar planos de trabalho que produzam impactos, modifiquem a situação da doença e promovam a saúde (BRASIL, 2001; BRASIL 2006a; BRASIL, 2006b; SILVA, 2008).

Em três USF o resultado foi “Aceitável”, demonstrando que a participação dos profissionais nas unidades não era homogênea. O nível ou a frequência dessa participação pode ser atribuído à forma como as atividades assistenciais são organizadas, impedindo ou facilitando que todos os profissionais participem, e/ou também ao perfil de profissionais que podem ou não se adequarem a esse modo de trabalho. Muitos profissionais, embora façam parte de equipes nas USF, não estão preparados e não apresentam disposição de agir de forma integrada (BRASIL, 2006a).

Segundo Gil (2005), tem sido constatado que os profissionais de nível superior não apresentam perfis adequados o suficiente para uma atuação na perspectiva dos novos modelos, que valorizam as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Para essa autora, tão importante quanto a discussão acerca da formação de recursos humanos para o SUS, é encontrar alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos nos serviços, buscando meios de garantir que suas práticas atendam aos desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema.

É importante frisar que como todas as pessoas, os profissionais e as equipes de saúde têm diferentes objetivos profissionais, existenciais e perspectivas, os quais têm muita importância nos processos de trabalho e devem ser considerados, de forma que, “Provavelmente, o envolvimento de um profissional que “está de passagem” pelo PSF será diferente do de outro que “veste a camisa” da atenção básica” (FARIA et al., 2009, p.42).

No Quadro 6, pode-se visualizar que, dentre as atividades, a menor participação referida pelos profissionais está no processo de avaliação das ações desenvolvidas. Geralmente as equipes planejam e realizam as ações, mas não avaliam de forma rotineira os resultados de suas atividades.

Em estudo realizado por Souza e Roncalli (2007) com a utilização de uma matriz avaliativa, a maioria dos 19 municípios do estado do Rio Grande do Norte pesquisados foram classificados como satisfatórios quanto à realização de reuniões para avaliação e planejamento das ações e o desenvolvimento delas articuladas com a equipe de SF. Porém, os resultados apontaram para um trabalho de caráter apenas multidisciplinar, sem a efetiva integração entre os campos técnicos ou científicos.

Verificou-se também no Quadro 6 que o trabalho com metas de cobertura e produtividade apresentou o maior número de respostas positivas, o que pode ser considerado um aspecto relevante, pois se estabelecidas de forma adequada, permitem o acompanhamento

e a avaliação das ações e podem conferir qualidade diferenciada ao processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2006a).

Segundo Faria et al. (2009), o trabalho em saúde envolve alcançar objetivos e metas (ou modificar uma situação não desejada) devendo ser discutidos, pactuados e avaliados de forma clara, objetiva e honesta, para que a equipe tenha clareza destes, saibam explorar os recursos existentes, o que via de regra não acontece, sendo as metas definidas de forma muito genéricas ou irreais.

Em pesquisa de avaliação do Programa Saúde da Família realizada em 21 municípios dos Estados da Bahia, Ceará e Sergipe, Rocha et al. (2008) verificaram que, em 17 municípios, cerca de 80% dos profissionais entrevistados (nível superior e médio) desconheciam o que significava o processo de pactuação, seus objetivos, indicadores e metas. Dentre os que referiram conhecê-lo, apenas os gestores e mais especificamente os coordenadores da Atenção Básica e/ou do PSF tinham esse tipo de conhecimento.

Os processos de avaliação e pactuação de metas com as USF envolvendo profissionais das ESB e equipes de SF podem ser destacados como avanço no sentido da qualificação do trabalho, e segundo Faé (2008) contribuiu para o alcance das metas municipais do Pacto pela Saúde.

Essa prática incorporada no serviço representa um diferencial importante, podendo resultar em maior comprometimento dos trabalhadores, maior qualidade e resolutividade no desenvolvimento das ações, além da maior satisfação no desenvolvimento do trabalho.

Quanto ao indicador Satisfação dos Profissionais em Desenvolver o seu Trabalho (1Db), os resultados foram classificados como “Satisfatório” para a maioria das USF (Tabela 12). Embora a satisfação dos sujeitos no desempenho de suas atividades seja um aspecto sobre o qual incide uma diversidade de fatores, não se pode deixar de considerá-lo importante, na medida em que pode influenciar no modo como as práticas são desenvolvidas.

A satisfação profissional pode ser relacionada também com questões que envolvem o campo de atuação da gestão do trabalho em saúde, as quais segundo Pierantoni, Varela e França (2004) inclui a formação e qualificação dos profissionais, condições de trabalho, vínculo empregatício e valores de remuneração. Nesse sentido justifica-se abordar os fatores que, relacionados a esse tema, podem influenciar direta ou indiretamente na motivação dos sujeitos para a produção de seu trabalho cotidiano.

Como fator positivo em Cambé, pode-se citar, como já mencionado anteriormente, que todos os profissionais das ESB são servidores concursados e fazem parte do quadro próprio do município. Diferentemente, em outras localidades, a precarização das relações de trabalho no PSF foi evidenciada em diversos estudos, que constataram alto percentual de contratos temporários ou informais e falta de isonomia com baixa remuneração dos dentistas (SOUZA; RONCALLI, 2007; BALDANI et al., 2005).

Na Tabela 12 observou-se que em cinco USF o resultado foi “Aceitável”, e dentre as demais, que apresentaram classificação “Satisfatório”, em apenas uma (USF 10) o percentual obtido foi de 100%, ou seja, nessa todos os entrevistados referiram estar “plenamente satisfeitos”. Considerando-se o número de entrevistados, é possível inferir que havia nas demais unidades um significativo número de profissionais com certo grau de insatisfação.

Muitos trabalhadores de saúde por estarem descontentes, “tocam serviços”, contribuindo para a inadequação da assistência e produção de conflitos que, num círculo vicioso, geram desgastes a eles próprios (RIMOLI, 2006, p. 202).

Embora as entrevistas tenham se limitado a questionar sobre o grau de satisfação dos profissionais quanto ao desenvolvimento de seu trabalho, sem abordar as causas, pode-se inferir que os resultados provavelmente estavam relacionados aos fatores explicitados anteriormente neste estudo, como a questão da remuneração, ao próprio processo de trabalho e à diversidade de perfis influenciada pela formação tecnicista e biológica.

No Brasil os profissionais de saúde são remunerados de forma muito heterogênea, com elevados salários para determinadas categorias e outros irrisórios, quase simbólicos, sendo a satisfação ou realização dos trabalhadores influenciada também pelas recompensas financeiras que recebem em troca da realização do trabalho (CAMPOS, 2006).

De qualquer forma, segundo o autor, não há relação direta entre o valor da remuneração e o desempenho dos profissionais, sendo que a elevação de honorários sem o estabelecimento de responsabilidades não implica necessariamente em melhoria do desempenho.

Relacionado ao processo de trabalho, a insatisfação da equipe pode ser suscitada pela inadequada articulação das ações que executadas por diferentes profissionais, pode dificultar o alcance dos objetivos e metas (FARIA et al., 2009).

Para assegurar a qualidade em saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado do seu trabalho e voltar a valorizar o orgulho profissional. Criar

mecanismos que permitam o envolvimento dos profissionais nos processos de gestão e de trabalho, clínicos e/ou de promoção à saúde seria uma forma prática de combinar autonomia e responsabilização, tornando possível a realização profissional e comprometimento dos trabalhadores com a missão e os projetos institucionais (CAMPOS, 2006).

## 6.5 ANÁLISE FINAL

A classificação final “Satisfatória” de nove USF e “Aceitável” de duas (Figura 4) permitiu inferir quanto ao objetivo geral que, as práticas das ESB na ESF são coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, ainda que não o tenha sido de forma homogênea em todas as USF.

Embora as avaliações realizadas a partir de informações produzidas no cotidiano da atenção “sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde” (FELISBERTO, 2004, p. 317).

O sucesso das estratégias depende da forma como são implantadas nos municípios, mas é necessário um grande processo de amadurecimento, para que programas e modelos impactem positivamente sobre o processo de trabalho e as condições de saúde da população (PEREIRA et al., 2009).

Considerando ainda os objetivos específicos verificou-se que numa avaliação global os resultados foram positivos em todas as unidades (Figura 4) o que possibilitou afirmar que houve a incorporação das orientações do Protocolo para a adequação do serviço odontológico quanto às práticas desenvolvidas pelas ESB.

A participação das ESB em treinamentos e oficinas direcionados ao preparo para a realização das atividades relacionadas à mudança do modelo assistencial (indicadores 1Ba, 1Bb e 1Bc) certamente favoreceram o emprego do Protocolo (indicador 1Aa), facilitaram a integração das ESB com as equipes de SF (indicador 1Ca), o desenvolvimento de práticas multidisciplinares (indicador 1Cb), promoveram a participação das equipes nos processos de gestão (indicador 1Da) e influenciaram no grau de satisfação dos profissionais no desenvolvimento do trabalho.

Dentre as unidades, destacou-se positivamente a USF 10 que obteve em todos os indicadores classificação “Satisfatório”, sendo seis com 100,0%. Por outro lado observou-se um desempenho negativo nas USF 03, 09 e 11 quanto à integração das equipes (1Ca) e na USF 02 quanto ao desenvolvimento de atividades multidisciplinares (1Cb).

No entanto, ainda que se tenham detectados problemas e dificuldades, é possível afirmar que ocorreram mudanças no processo de trabalho das ESB, sendo que a aplicação do Protocolo já pressupõe que as diretrizes da ESF estão presentes.

Fazer uma intervenção institucional na direção da mudança de processos de trabalho não é só ter uma receita de programação para esse processo e segui-la, pois o processo de trabalho em saúde tem uma dinâmica muito peculiar, atravessado por distintas lógicas instituintes, que faz com que esteja sempre em estruturação (MERHY, 2006a).

A existência de ESB em todas as unidades (Tabela 2) com boa cobertura no PSF (Tabela 1) e o emprego do Protocolo para favorecer a oferta de serviços organizados de forma a contemplar o acolhimento, atendimento de grupos populacionais prioritários, utilização de critérios de risco para seleção de famílias, atendimentos de urgência e pronto-atendimento (Quadro 4) demonstraram a intencionalidade do município em ampliar e viabilizar o acesso da população às ações de SB no território a que pertencem e expressaram o compromisso com a universalidade e equidade.

É importante destacar como positiva quanto à universalidade, a oferta de serviços de pronto-atendimento e urgência para a demanda espontânea, uma vez que o atendimento clínico programado prioriza grupos etários e/ou de ciclos de vida e geralmente são restritos frente às necessidades da totalidade da população. Franco e Merhy (2006) consideram ser um erro estratégico na implantação do PSF organizar e estruturar o serviço para atendimento exclusivo de usuários referenciados pelas equipes, sem dar uma resposta satisfatória aos que procuram a unidade com problemas agudos de saúde. Um dos grandes conflitos na organização da assistência odontológica é manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados, sem comprometer a universalidade e manter as características de um sistema eficaz e resolutivo (RONCALLI, 2000).

Ainda quanto ao uso do Protocolo, observou-se que a definição de critérios sociais e biológicos para priorizar o atendimento das famílias é coerente com o princípio da equidade na medida em que o acesso para o tratamento odontológico clínico programado costuma ocorrer de forma gradativa. No entanto, dentre os princípios doutrinários do SUS, a equidade parece ser o aspecto mais vulnerável no sistema. Nas USF, onde os critérios de risco

não eram aplicados integralmente, o serviço não cumpriu seu papel no sentido de atender àqueles que mais necessitavam da atenção e muitas vezes nem procuraram o serviço. Em pesquisa de base populacional representativa da cidade de Pelotas (RS), realizada por Camargo, Dumith e Barros (2009) verificou-se, entre usuários de serviços públicos que utilizaram serviços odontológicos, que o uso regular foi menor entre os mais pobres e menos escolarizados e, dentre os que fizeram uso regular, a maior prevalência foi de pessoas que relataram não ter necessidade de tratamento ou que necessitavam apenas de revisão, comparados aos que referiram apresentar algum problema de SB, mas cuja resolução poderia ser adiada.

Esse resultado expressa a necessidade de envolver as equipes no sentido de refletir sobre a prática e identificar os motivos e/ou fatores que dificultam a aplicação desse princípio, a equidade, cuja relevância se pressupõe inquestionável.

Na saúde bucal, onde historicamente os modelos assistenciais foram estabelecidos com caráter excludente e focalizados (RONCALLI, 2008):

Os trabalhadores de saúde (bucal, inclusive) têm, no âmbito da micro-política, o compromisso diário de compensar as iniquidades em seu território e, no campo da macro-política, exercer seu papel de ator social relevante, com o exercício da cidadania em todas as suas formas de expressão (RONCALLI, 2008, p. 192).

A busca pela integralidade se fez presente em todas as USF com a realização de oficinas de EPS, reuniões de equipe, programação das atividades clínicas padronizadas, desenvolvimento de atividades de planejamento, avaliação e ações educativas e de promoção à saúde a nível individual e coletivo em equipe multiprofissional.

A utilização formal de fluxo de referência e contra-referência com o serviço de média complexidade (CEOC) representou uma característica relevante, do ponto de vista da integralidade no município. Estudo de avaliação do modelo assistencial na SB em municípios do estado do Rio Grande do Norte realizado por Souza e Roncalli (2007) concluiu que a maioria não supre a necessidade de ofertar serviços especializados. Diversos estudos sobre experiências municipais identificaram que o acesso a serviços especializados configura-se como uma das maiores dificuldades na organização dos sistemas locais (BALDANI et al., 2005).

Segundo as diretrizes para a reorganização dos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2001) e a atual Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a), a ampliação

do acesso de cidadãos a serviços de saúde bucal equânimes e resolutivos se dará de forma progressiva e gradual, e apontam para uma tentativa de reduzir as iniquidades (RONCALLI, 2008).

Ao implantar a ESF, o MS definiu os princípios operacionais a serem seguidos pelos municípios, os quais, a partir do monitoramento quanto ao cumprimento destes, permitiram estabelecer as bases e os critérios para avaliação dos serviços (CAMPOS, 2005).

Ainda que haja certo consenso quanto a sua aceitabilidade, autores como Franco e Merhy (2006) apresentam críticas, em razão do excesso de normatividade no PSF e seu caráter prescritivo. Apontam contradições e os desafios a serem superados evidenciando a importância do modo de agir dos profissionais entre si e com os usuários para que na vida real se consiga mudar a forma de produzir o cuidado em saúde.

Segundo Campos (2005), em vários países do mundo como também no Brasil, gestores e profissionais têm buscando alcançar a qualidade nos serviços, sendo que os critérios utilizados para caracterizá-la não são definitivos ou absolutos “porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços”.

Em qualquer tipo de serviço de saúde, pensar em modelagem de processos de trabalho “que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde” (MERHY, 2006b, p. 28).

É necessário ressaltar que toda proposta tem seus limites, e para que os projetos e programas tenham efetividade “devem pressupor estratégias de ação que incluam o ‘modo de ser’ cotidiano da instituição, dos seus agentes sociais, de suas potencialidades e vontade de mudança e de seus mecanismos mais comuns e sutis de conservadorismo” (MINAYO, 2005, p. 59).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, a avaliação da organização do serviço público odontológico foi centrada no processo de trabalho das ESB frente à sua inserção na ESF, não tendo sido contemplada a percepção dos usuários, o que representou uma limitação importante da matriz de indicadores, haja vista que os serviços se organizam para atendê-los em suas necessidades.

A conclusão do presente estudo é que as práticas das ESB em todas as USF é coerente com princípios do SUS e diretrizes da ESF.

Ainda que não seja o ideal, verificou-se considerável grau de integração das ESB com as equipes do PSF para o desenvolvimento de ações interdisciplinares e multiprofissionais com enfoque integral.

A organização da agenda orientada pelo Protocolo contemplou o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas direcionadas a todos os grupos etários, além do atendimento de urgência e pronto-atendimento, coerentes com os requisitos da universalidade. Buscou-se assegurar a integralidade por meio da utilização de procedimentos clínicos padronizados no tratamento odontológico na AB e referência para especialidades no CEOC.

Nesse contexto, a fragilidade identificada que comprometeu a qualidade do serviço e o desempenho dos profissionais estava relacionada ao princípio da equidade, com a não aplicação plena do Protocolo quanto ao cadastramento e utilização dos critérios para seleção das famílias. Por outro lado, embora em algumas USF tenham sido detectadas dificuldades, foi positiva e relevante a ênfase na integralidade com a participação das ESB em oficinas de EPS, reuniões de equipe, desenvolvimento de ações multidisciplinares e o envolvimento das equipes na pactuação de metas, que podem contribuir para elevação da qualidade dos serviços e influenciar no comprometimento da equipe para o desenvolvimento das ações.

Os sujeitos, protagonistas nesse cenário, merecem atenção especial, sendo relevante considerar no processo de planejamento os aspectos que possam ampliar sua satisfação no desenvolvimento do trabalho, e assim estimular o seu envolvimento e comprometimento com as mudanças para consolidação do SUS.

O conjunto de indicadores apresentou um resultado “Satisfatório”, evidenciou as qualidades e deficiências de cada USF e mostrou que não havia uniformidade entre elas com diferenças expressivas em alguns indicadores.

Esse nível de detalhamento é importante porque permitiu identificar onde se localizam as fragilidades e para onde devem ser direcionados os esforços da gestão para superar as dificuldades, e quais fatores positivos podem ser estimulados com vistas a melhorar os resultados e conferir maior homogeneidade entre as USF.

Ainda que este trabalho não tenha dado conta de abordar todos os aspectos relacionados à prática das SB na ESF e seja necessário aprofundar as análises aqui relatadas, dada a complexidades das relações, de conflitos e interesses que envolvem gestores, profissionais e usuários, pode-se afirmar que o serviço tem condições potenciais de aprimoramento. A título de contribuição, se apresentam algumas sugestões e recomendações para o fortalecimento da Política Municipal de SB:

- maior atuação da equipe gestora no sentido de garantir o cumprimento das normatizações consideradas importantes para atingir os objetivos e metas desejadas tais como a observância dos critérios de cadastramento para o conhecimento do território e a seleção das famílias que visam reduzir as desigualdades existentes no acesso da população às ações e serviços de SB;
- utilizar o resultado do presente estudo e do levantamento epidemiológico de 2008, que incluiu as condições de SB da população adulta para subsidiar a discussão com as equipes, envolver os usuários, rever e repactuar as prioridades a serem assumidas pela gestão, pelos trabalhadores e usuários;
- utilizar o resultado da avaliação para atuar de forma direcionada nas USF que apresentaram indicadores com resultados “Aceitável”, “Insuficiente” e “Crítico”;
- revisar e atualizar o Protocolo;
- promover periodicamente monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes com base no Protocolo;
- utilizar a EPS como forma de fortalecer a integração entre as equipes e inserir maior qualidade nas ações multidisciplinares;

- estimular as equipes a que avaliem os resultados das ações desenvolvidas no nível local;
- apoiar as iniciativas e a criatividade dos profissionais no planejamento e desenvolvimento das ações como forma de estimular sua adesão ao modelo de atenção e aumentar a satisfação no desenvolvimento do trabalho;
- aprofundar estudos acerca dos elementos que possam gerar insatisfação dos profissionais quanto ao desenvolvimento do trabalho;
- desenvolver estudos e pesquisas voltadas para a qualidade dos serviços na visão dos usuários, como forma de obter uma análise mais completa da organização e resolutividade dos serviços de saúde;
- aprofundar as análises deste estudo complementando-as com os resultados da dimensão “Organização do Serviço” como forma de obter uma avaliação mais abrangente.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.2131-2140, set. 2008.

ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 105-132.

BALDANI, M. H.; et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 4, p. 1026-1035, jul.-ago. 2005.

BARROS, A. J. D; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação a nível nacional. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de saúde bucal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, 2006a. cap. 1, p.10-13. (Cadernos de atenção básica; n. 17).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b. 60 p. (Série A. Normas e manuais técnicos; Série Pactos pela Saúde; v. 4).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26643&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=2)>. Acesso em 16 set., 2010a.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000**: estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006**: divulga o Pacto pela Saúde 2006; consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **População residente segundo município**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe? ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 14 jan. 2009a.

\_\_\_\_\_. **SIOPS**: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: indicadores municipais. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe? SIOPS/serhist/municipio/indicPR.def>>. Acesso em: 17 set. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004a. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 15 out. 2009b.

\_\_\_\_\_. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000b.

\_\_\_\_\_. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília, 2001. 25p.

\_\_\_\_\_. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b. 68 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, 2006d. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUENO, V. L. R. C. **Avaliação de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná**. 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

BUENO, V. L. R. C.; CORDONI JUNIOR, L.; MESAS, A. E. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. No prelo. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=4682](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4682)>. Acesso em: 7 jun. 2010.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1894-1906, set. 2009.

CAMBÉ. Conselho Municipal de Saúde de Cambé. **Resultado final da V Conferência Municipal de Saúde**. Cambé, 2001.

\_\_\_\_\_. **Resultado final da VI Conferência Municipal de Saúde**. Cambé, 2003.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. **Plano Diretor de Desenvolvimento Municipal de Cambé – PR**. Cambé, 2008a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Cambé, 2006 – 2007**. Cambé, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde de Cambé 2008 – 2009**. Cambé, 2008b.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde de Cambé 2010 – 2011**. Cambé, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão 2009**. Cambé, 2010b.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Integral à Saúde. Divisão de Serviços Odontológicos. **Inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família do Município de Cambé – PR**. Cambé, 2005.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Atenção Odontológica do Município de Cambé – PR**. Cambé, 2006b.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5 (Supl. 1), p. 563-569, dez. 2005.

CAMPOS, G. W. C. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitech, 2006. p. 229-292.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.1, p. 48-51 jan./mar. 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004/fev. 2005.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S59-S70, 1996.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Prêmio Brasil Sorridente**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/premio-prefeitura/home/index.php>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Relatório de gestão da diretoria executiva do CONASEMS: biênio 1995/1997**. Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/files/rg95\\_97.pdf](http://www.conasems.org.br/files/rg95_97.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment**. Chicago: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 38-44.

EMMI, D. P.; BARROSO, R. F. F. Coletiva Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. Saúde**, Salvador, v. 13, n. 1, p.35-41, 2008.

FAÉ, O. R. Importância das pactuações locais para o cumprimento de metas municipais. In: ENCONTRO PARANAENSE DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO, 7., Apucarana, 25-27 jun. 200. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP\\_Arquivos/SaudeBucal/EPATESPO/carta\\_apucarana.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/SaudeBucal/EPATESPO/carta_apucarana.pdf)>. Acesso em: 20 dez 2008.

FARIA, H, et al., **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 68 p.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul.– set. 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção da vida. 2003. 197 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Cap. 4, p. 125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, T. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 3, p. 55-124.

GARBELINI, M. L.; RIBEIRO DE SOUZA, R. A. **Retrospectiva epidemiológica dos serviços odontológicos da Prefeitura Municipal de Cambé em 16 anos de programa**.

Disponível em:<<http://www.aonp.org.br/fso/bibli04.htm>>. Acesso em: 7 set. 2010.

GIL, R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar.-abr. 2005.

LEVANTAMENTO epidemiológico em saúde bucal: 2008. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; Cambé: Prefeitura Municipal, 2010.

LENTSCK, M. H.; CAVALI KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2477](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2477)>. Acesso em: 20 mai. 2010.

LUCIETTO, D. A. A inclusão da odontologia na reorganização da atenção básica em saúde no Brasil: conceitos e perspectivas. **Rev. Dent. on line**, ano 8, n. 17, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/destisticaonline/>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2001. p. 39-64.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 2, p. 41-63.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2004/fev. 2005.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. (Org.); ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitech, 2006a. p. 71-150.

\_\_\_\_\_. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitech, 2006b. Cap. 1, p. 15-35.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações de triangulação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-132.

MORETI, E. B. F.; NAKAGAWA, M. C. S. **Avaliação das equipes de saúde bucal no atendimento às famílias do PSF em Cambé/PR**. 2007. 34 f. Monografia (Especialização em Auditoria de Serviços e Sistemas de Saúde) - Centro Universitário Filadélfia de Londrina, Londrina, 2007.

NAKAGAWA, M. C. S. **Saúde bucal no PSF: estratégia para a universalização e a integralidade no Município de Cambé**, 2006. 22 f. In: CONGRESSO DA REDE UNIDA, 7., 15-18 jul. 2006, Curitiba, PR.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

NOGUEIRA, R. **Geografia em múltiplas escalas do local ao global: o Município de Cambé**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2008. 65 p.

NORO, L. R. A. Saúde bucal na estratégia saúde da família em Sobral, CE. In: MOYSES, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap. 6.5, p. 142-153.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

PADILHA, W. W. N. et al. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2005.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

\_\_\_\_\_. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 2007. 247 p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impactos da estratégia saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio 2009.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o Diabetes Mellitus na estratégia saúde da família**. 2007. 173 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática.. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. v. 2, p. 51-70.

PIMENTEL, F. C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010,

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar.-abr. 2004.

RIMOLI, J. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitech, 2006. Cap. 7, p. 199-295.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 2008.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Colet.**, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco nas famílias. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap.7, p.170-194.

\_\_\_\_\_. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: integralidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2000.

SANCHES, E. N. et al. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 294-300, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a10.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, P. R. A. **Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife**: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes. 2008. 176 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Rev. Bras. Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 36-43, 2002.

\_\_\_\_\_. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia Saúde da Família. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap. 4, p. 65-80.

SIQUEIRA, D. et al. Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento às consultas odontológicas de crianças em idade pré-escolar. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, n. 8(2), p. 239-244, 2009.

SOLLA, J. J. S.; SANTOS, F. P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relato de experiências/gestão dos serviços de saúde**. Brasília, DF, 2002. p. 361-391.

SOUZA, D. S.; A participação da saúde bucal na estratégia saúde da família: a experiência do Rio Grande do Sul.; In: MOYSES, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap. 2.1, p. 21-31.

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

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciênc. Saúde, Rio de Janeiro**, v.11, n.3, p. 572-574, jul./set. 2006a.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciênc. Saúde, Rio de Janeiro**, v.11, n.1, p. 45-51, jan./mar. 2006b.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov.-dez. 2002.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246 p.

WERNECK, M. A. F.; FARIA H. P.; CAMPOS, K. F. P. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84 p.

WERNECK, M. A. F.; ROCHA, R. C. Saúde bucal na estratégia saúde da família em Belo Horizonte, MG. In: MOYSES, S. T. (Coord.); KRIEGER, L. (Coord.); MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap. 6.1, p.101-112.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Formulário de Entrevista

REGIÃO: \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_ EQUIPE: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ CAT: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**1Aa) Uso do Protocolo ( CD)**

Conhece e aplica as principais orientações do Protocolo quanto a:

1 Territorialização (princípios da PSF)\*: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

2 Cadastramento das famílias (diagnóstico da demanda)\*: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

3 Organização do atendimento: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

4 Acolhimento: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

5 Grupos prioritários de atendimento (bebês e gestantes): ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

6 Critérios de seleção de famílias (equidade)\*: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

7 Critérios de exclusão: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

8 Referência e contra-referência ao CEOC: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

9 Promoção e educação em saúde: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

10 Atividades coletivas: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

11 Estratégia Saúde da Família (princípios do PSF)\*\*: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

12 Atendimento de Urgência/Pronto-Atendimento\*\*: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

13 Procedimentos clínicos padronizados\*\*: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

\* Questões direcionadas aos CD cadastrados no PSF. \*\* Questões direcionadas para os CD não cadastrados no PSF.

**Análise das Respostas:****0 – Não conhece:** não conhece ou aplica de 0 | 25% dos itens citados**1 – Aplica de forma insuficiente:** de 25% | 50% dos itens citados**2 – Aplica parcialmente:** de 50% | 75% dos itens citados**3 – Aplica plenamente:** 75% ou mais**1Ba) Esclarecimento para uso do Protocolo ( CD/TSB)**

Houve esclarecimento para o uso do Protocolo?

**0 – Não:** nenhum tipo de esclarecimento**1 – Insuficiente:** quase nenhuma explicação**2 – Parcialmente:** houve esclarecimento informal**3 – Plenamente:** houve esclarecimento formal por membros da equipe e/ou pela coordenação para esclarecimento quanto ao uso do Protocolo

**1Bb) Treinamento para o registro de informações (CD/TSB/ASB)**

Foi realizado treinamento para o registro de informações, com esclarecimento sobre sua importância?

**0 – Não:** Nenhum treinamento

**1 – Insuficiente:** Tive que aprender sozinho e/ou faço conforme eu acho que deva ser

**2 – Parcialmente:** Me explicaram mais ou menos como tem que ser

**3 – Plenamente:** Houve uma reunião específica com ênfase na importância

**1Bc) Participação em oficinas de EPS.**

Número de oficinas realizadas: \_\_\_\_\_(Coordenador da USF)

Destas oficinas de EPS, de quantas você participou? \_\_\_\_\_(CD/TSB/ASB)

**Análise das Respostas**

**0. Crítico:** 0 | 25%

**2. Aceitável:** 50% | 75%

**1. Regular:** 25% | 50%

**3. Satisfatório:** 75% ou mais

**1Ca) Integração das equipes PSF/ESB**

Número de reuniões realizadas: \_\_\_\_\_(Coordenador da USF)

De quantas a ESB participou? \_\_\_\_\_(CD do PSF).

**Análise das Respostas**

**0. Crítico:** 0 | 25%

**2. Aceitável:** 50% | 75%

**1. Regular:** 25% | 50%

**3. Satisfatório:** 75% ou mais

**1Cb) Práticas com equipes multidisciplinares (Coordenador da USF/CD)**

Durante o ano de 2008, a USF desenvolveu atividades multidisciplinares com quantos tipos de grupos? ( ) hipertensos, ( ) gestantes, ( ) diabéticos, ( ) tabagistas, ( ) obesidade, ( ) campanhas, ( ) outras atividades educativas de interesse odontológico (anotar o total de tipos de grupos) Em quantos a ESB participou? \_\_\_\_\_

**Análise das Respostas**

**0. Crítico:** 0 | 25%

**2. Aceitável:** 50% | 75%

**1. Regular:** 25% | 50%

**3. Satisfatório:** 75% ou mais

**1Da) Adesão dos agentes às práticas. (CD/TSB)**

Enquanto equipe, você se sente participante do processo de gestão?

**1.** participação no planejamento das atividades a serem desenvolvidas na sua área de atuação e/ou da USF: ( ) sim ( ) não

**2.** avaliação das ações: ( ) sim ( ) não

**3.** equipe trabalha com metas de cobertura e produtividade: ( ) sim ( ) não

**4.** outras reuniões com a coordenação: ( )sim ( )não

**Análise das Respostas**

**0. Crítico:** 0 | 25%

**2. Aceitável:** 50% | 75%

**1. Regular:** 25% | 50%

**3. Satisfatório:** 75% ou mais

**1Db) Satisfação com o trabalho. (CD/TSB/ASB)**

Você se sente satisfeito no desenvolvimento do seu trabalho?

( ) **0.** Não ( ) **1.** Insuficiente ( ) **2.** Parcialmente ( ) **3.** Plenamente

## APÊNDICE B – Planilha de Registro de Pontuações.

Informações Gerais			
Nome da UBS avaliada:			
Número de equipes de PSF com ESB na UBS:			
Número de profissionais que atuam no PSF: ( ) Dentista ( ) THD ( ) ACD			
Dimensão Sujeitos			
<b>1A.</b> Uso do Protocolo: Não conhece = 0 Aplica de forma insuficiente = 1 Aplica parcialmente = 2 Aplica plenamente = 3	CD1:	CD2:	CD3:
	CD4:	CD5:	CD6:
	CD:	CD:	CD:
Escore máximo= Escore obtido=			
<b>1Ba.</b> Esclarecimento para uso do Protocolo: Não = 0 Insuficiente=1 Parcialmente = 2 Plenamente = 3	CD1:	CD2:	CD3:
	CD4:	CD5:	CD6:
	TSB1	TSB2	
Escore máximo= Escore obtido=			
<b>1Bb.</b> Treinamento para o registro de informações Não = 0 Insuficiente=1 Parcialmente = 2 Plenamente = 3	CD1:	CD2:	CD3:
	CD4:	CD5:	CD6:
	TSB1	TSB2	ABS1
	ASB2	ASB3	ASB4
Escore máximo= Escore obtido=			
<b>1Bc.</b> Participação em oficinas de EPS Não = 0 Insuficiente=1 Parcialmente = 2 Plenamente = 3	CD1:	CD2:	CD3:
	CD4:	CD5:	CD6:
	TSB1	TSB2	ABS1
	ASB2	ASB3	ASB4
Escore máximo= Escore obtido=			
<b>1Ca.</b> ESB presente nas reuniões realizadas na USF Número de reuniões PSF no período avaliado: Número de reuniões ESB presente:			
<b>1Cb.</b> Práticas com equipe multidisciplinares Número de atividades grupais no período avaliado: Número de atividades com ESB presente:			

(Continua...)

(Continuação)

<b>1Da.</b> Participação dos profissionais no processo de gestão. Não = 0 Insuficiente=1 Parcialmente = 2 Plenamente = 3	CD1:	CD2:	CD3:
	CD4:	CD5:	CD6:
	TSB1	TSB2	ABS1
	ASB2	ASB3	ASB4
Escore máximo= Escore obtido=			
<b>1Db.</b> Satisfação dos profissionais em desenvolver seu trabalho Não = 0 Insuficiente=1 Parcialmente = 2 Plenamente = 3	CD1:	CD2:	CD3:
	CD4:	CD5:	CD6:
	TSB1	TSB2	ABS1
	ASB2	ASB3	ASB4
Escore máximo= Escore obtido=			
<b>Fontes documentais e observação</b>			
Atendimentos de urgência/Pronto-atendimento: ( ) Sim ( ) Não			
Atendimento a bebês: ( ) Sim ( ) Não			
Atendimento a gestantes: ( ) Sim ( ) Não			
Atendimento a adultos: ( ) Sim ( ) Não			
Atendimento a famílias: ( ) Sim ( ) Não			
Procedimentos odontológicos individuais (preventivos/curativos): ( ) Sim ( ) Não			
Procedimentos coletivos (educativos/preventivos): ( ) Sim ( ) Não			
Faltas de pacientes agendados: ( ) Sim ( ) Não			
Tratamentos odontológicos iniciados (exame clínico): ( ) Sim ( ) Não			
Tratamentos concluídos: ( ) Sim... ( ) Não			
Reuniões de equipe: ( ) Sim ( ) Não			
Oficinas de EPS: ( ) Sim ( ) Não			
Reuniões (Planejamento/avaliação/pactuação/coordenação/outras): ( ) Sim ( ) Não			
Ações multidisciplinares: ( ) Sim ( ) Não			
Livro de Famílias: ( ) Sim ( ) Não			
Livro de Gestantes: ( ) Sim ( ) Não			
Livro de Bebês menores de 1 anos: ( ) Sim ( ) Não			
Livro de encaminhamento para o CEOC: ( ) Sim ( ) Não			
Livro de visita domiciliar; ( ) Sim ( ) Não			
Agenda com vagas para demanda espontânea e programática: ( ) Sim ( ) Não			
Cadastros analisados pelo CD: ( ) Sim ( ) Não			
Famílias convocadas para tratamento odontológico: ( ) Sim ( ) Não			
Famílias com TC: ( ) Sim ( ) Não			
Visitas domiciliares (famílias/gestantes/bebês): ( ) Sim ( ) Não			
Encaminhamentos para o CEOC: ( ) Sim ( ) Não			
Cadastros arquivados segundo o Protocolo: ( ) Sim ( ) Não			

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do Estudo:** Avaliação do Serviço Público Odontológico na Estratégia Saúde da Família no Município de Cambé, PR

### 1 INFORMAÇÕES AO VOLUNTÁRIO:

Este estudo no qual você está sendo convidado a participar pretende avaliar a organização e a dinâmica dos serviços odontológicos nas USF do município de Cambé, no contexto dos princípios e diretrizes do SUS e da Estratégia Saúde da Família.

### 2 PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS

Serão realizadas nas Unidades Saúde da Família (USF) observações de campo, análise de documentos, relatórios e entrevistas com questionário semi-estruturado, com a finalidade de verificar como está sendo realizado o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, a fim de preencher uma Matriz de Indicadores, que permitirá realizar a avaliação, a partir da classificação dos indicadores. Após o término da pesquisa, os questionários serão arquivados e mantidos pelas pesquisadoras por período de 5 anos, sendo posteriormente destruídos.

As observações, entrevistas e análise de documentos nas USF, serão realizadas por uma voluntária que não integra o quadro de profissionais de odontologia da Secretaria Municipal de Cambé.

### 3 CONFIABILIDADE DO ESTUDO

Em hipótese alguma, você terá sua identidade divulgada para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participarão do acompanhamento deste estudo.

Todas as informações obtidas e que estejam relacionadas à sua privacidade serão mantidas em sigilo.

Qualquer outra dúvida pode ser esclarecida diretamente com o responsável por esta pesquisa: Meiri Cristina Sakuma Nakagawa (3327-0749/9992-0749); e Orientador Dr. Luiz Cordon Junior, sendo o telefone de referência na UEL (3337-5115), ou no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL), Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380, Londrina, PR, fone (43) 3371-4503.

### 4 CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido todas as informações, e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, concordo voluntariamente em participar dele. Entendo que tenho liberdade de aceitar ou não responder as questões da entrevista informal e me recusar a participar no momento em que eu quiser, sem nenhum prejuízo para mim ou para a minha família.

Cambé, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**ANEXOS**

## ANEXO A - Matriz de Indicadores para avaliação do serviço público de odontologia do Município de Cambé, PR

Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
1. Sujeitos	1º. Uso do Protocolo	1Aa. Conhecimento e aplicação do Protocolo	0. Não conhece 1. Conhece e não aplica 2. Aplica parcialmente 3. Aplica integralmente	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 2. Diário de campo.
	1B. Adequação do quadro técnico às necessidades do serviço	1Ba. Houve esclarecimento para uso do Protocolo	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 2. Checagem de registros. 3. Diário de campo.
		1Bb. Houve treinamento para registro de informações	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
		1Bc. Profissionais participam das oficinas de EPS (x oficinas, presentes em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
	1C. Integração da equipe (PSF/ESB)	1Ca. ESB presente nas reuniões realizadas na USF no mês (x reuniões, presente em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 2. Checagem de registros. 3. Diário de campo.
		1Cb. Práticas com equipes multidisciplinares (x equipes, presente em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
	1D. Adesão dos agentes às práticas	1Da. Profissionais se sentem participantes do processo de gestão	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada
		1Db. Profissionais se sentem satisfeitos com o seu trabalho e sentem prazer em desenvolvê-lo	0. Não 1. Parcialmente 2. Sim	0. Crítico: 0   25% 1. Regular: 25%   50% 2. Aceitável: 50%   75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	

(Continua...)

(Continuação...)

Dimensões	Crítérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
<b>2. Organização do serviço</b> (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	<b>2A.</b> Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	<b>2Aa.</b> n. total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período (x 100)	Percentual obtido	Pactuação >31% <b>0. Crítico:</b> 0   10% <b>1. Regular:</b> 10%   20% <b>2. Aceitável:</b> 20%   31% <b>3. Satisfatório:</b> 31% ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS
	<b>2B.</b> Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais	<b>2Ba.</b> n. de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em determinado local e período/ população no mesmo local e período	Escore obtido	Pactuação > 1,10 <b>0. Crítico:</b> 0   0,36% <b>1. Regular:</b> 0,36%   0,72% <b>2. Aceitável:</b> 0,72%   1,10% <b>3. Satisfatório:</b> 1,10 ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS
	<b>2C.</b> Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada	<b>2Ca.</b> média anual de pessoas participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período/ população no mesmo local e período (x 100)	Percentual obtido	Pactuação > 5% <b>0. Crítico:</b> 0   1,6% <b>1. Regular:</b> 1,6%   3,2% <b>2. Aceitável:</b> 3,2%   5% <b>3. Satisfatório:</b> 5% ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS
<b>2. Organização do serviço</b> (Indicadores complementares)	<b>2D.</b> Diagnóstico de demanda (cadastros feitos pelo ACS)	<b>2Da.</b> n. de cadastros / n. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	80% de cadastros <b>0. Crítico:</b> 0   20% <b>1. Regular:</b> 20%   40% <b>2. Aceitável:</b> 40%   60% <b>3. Satisfatório:</b> 60% ou mais	1. Checagem dos cadastros. 2. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 3. SIAB.
		<b>2Db.</b> n. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN / n. de cadastros não convocados para tratamento (x 100)	Percentual obtido	100% sem erros de preenchimento <b>0. Crítico:</b> 0   25% <b>1. Regular:</b> 25%   50% <b>2. Aceitável:</b> 50%   75% <b>3. Satisfatório:</b> 75% ou mais	
		<b>2Dc.</b> n. de cadastros analisados pelo CD / n. de cadastros (x 100)	Percentual obtido	100% analisados <b>0. Crítico:</b> 0   25% <b>1. Regular:</b> 25%   50% <b>2. Aceitável:</b> 50%   75% <b>3. Satisfatório:</b> 75% ou mais	

(Continua...)

(Continuação...)

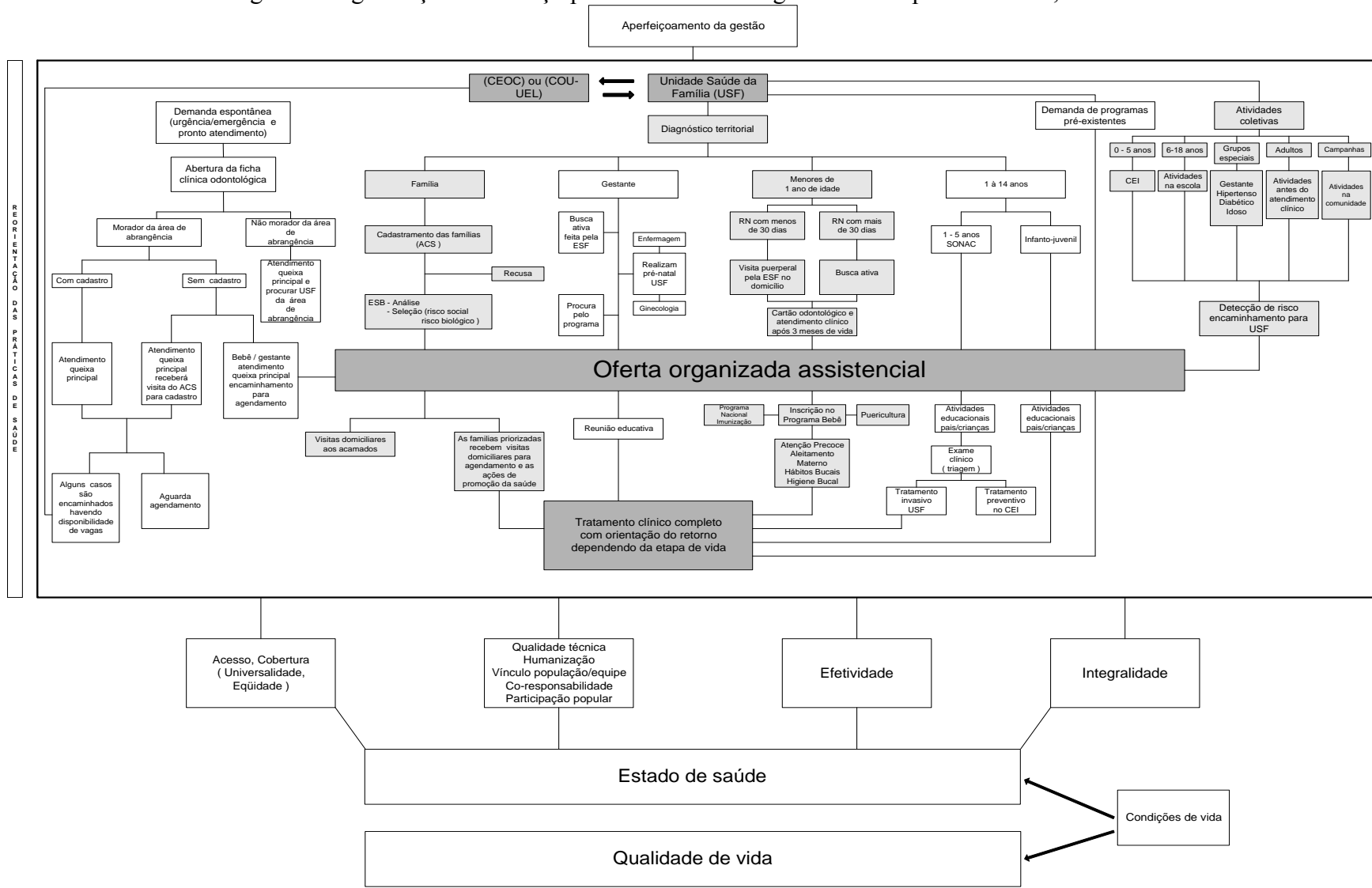
<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Pontuações (escores ou percentuais)</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>Fontes de informações</b>
<b>2. Organização do serviço</b> (Indicadores complementares)	<b>2D.</b> Diagnóstico de demanda (cadastros feitos pelo ACS)	<b>2Dd.</b> n. de cadastros arquivados de acordo com protocolo / n. de cadastros (x 100)	Percentual obtido	100% arquivados de acordo com protocolo <b>0. Crítico:</b> 0   25% <b>1. Regular:</b> 25%   50% <b>2. Aceitável:</b> 50%   75% <b>3. Satisfatório:</b> 75% ou mais	1. Checagem dos cadastros. 2. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 3. SIAB.
	<b>2E.</b> Atendimento domiciliar (visita puerperal)	<b>2Ea.</b> n. de visitas puerperais / n. de nascidos vivos da região (x 100)	Percentual obtido	100% de visitas <b>0. Crítico:</b> 0   25% <b>1. Regular:</b> 25%   50% <b>2. Aceitável:</b> 50%   75% <b>3. Satisfatório:</b> 75% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SINASC.
	<b>2F.</b> Atendimento às gestantes	<b>2Fa.</b> n. de TC em gestantes / n. de gestantes atendidas pelo programa (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) <b>0. Crítico:</b> 0   20% <b>1. Regular:</b> 20%   40% <b>2. Aceitável:</b> 40%   60% <b>3. Satisfatório:</b> 60% ou mais	1. Checagem dos registros.
	<b>2G.</b> Atendimento às famílias	<b>2Ga.</b> n. de famílias convocadas / n. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	7,5% de famílias <b>0. Crítico:</b> 0   1,9% <b>1. Regular:</b> 1,9%   3,8% <b>2. Aceitável:</b> 3,8%   5,7% <b>3. Satisfatório:</b> 5,7% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SIAB.
		<b>2Gb.</b> n. de famílias que tiveram TC / n. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	6 % com tratamento concluído (TC) <b>0. Crítico:</b> 0   1,5% <b>1. Regular:</b> 1,5%   3% <b>2. Aceitável:</b> 3%   4,5% <b>3. Satisfatório:</b> 4,5% ou mais	
		<b>2Gc.</b> n. de famílias que tiveram TC / n. de famílias convocadas (x 100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) <b>0. Crítico:</b> 0   20% <b>1. Regular:</b> 20%   40% <b>2. Aceitável:</b> 40%   60% <b>3. Satisfatório:</b> 60% ou mais	

(Continua...)

(Continuação)

Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
<b>2. Organização do serviço</b> (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	2H. Atendimento aos indivíduos	2Ha. n. de indivíduos com TC / n. de indivíduos SIAB (x100)	Percentual obtido	7,5% de indivíduos <b>0. Crítico:</b> 0   1,9% <b>1. Regular:</b> 1,9%   3,8% <b>2. Aceitável:</b> 3,8%   5,7% <b>3. Satisfatório:</b> 5,7% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SIAB.
		2Hb. n. de indivíduos com TC / n. de indivíduos convocados (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) <b>0. Crítico:</b> 0   20% <b>1. Regular:</b> 20%   40% <b>2. Aceitável:</b> 40%   60% <b>3. Satisfatório:</b> 60% ou mais	
		2Hc. n. de indivíduos menores de 19 anos com TC/ n. de indivíduos menores de 19 anos no programa (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) <b>0. Crítico:</b> 0   20% <b>1. Regular:</b> 20%   40% <b>2. Aceitável:</b> 40%   60% <b>3. Satisfatório:</b> 60% ou mais	
		2Hd. n. de indivíduos maiores de 19 anos com TC/ n. de indivíduos maiores de 19 anos no programa (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) <b>0. Crítico:</b> 0   20% <b>1. Regular:</b> 20%   40% <b>2. Aceitável:</b> 40%   60% <b>3. Satisfatório:</b> 60% ou mais	

ANEXO B – Modelo-lógico da organização do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR



## ANEXO C - Autorização do município para a realização da pesquisa

**Prefeitura Municipal de Cambé**

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde Pública

ANEXO E - Folha de rosto para SISNEP

## DECLARAÇÃO

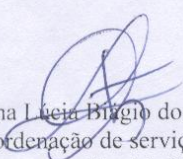
A Secretaria Municipal de Saúde de Cambé – PR declara estar ciente e autoriza as alunas da Universidade Estadual de Londrina – PR, mestrandas Odimara Regina Fae e Meiri Cristina Sakuma Nakagawa a realizar a pesquisa para avaliação do serviço público odontológico no município, o qual resultará em uma dissertação para o curso de mestrado.

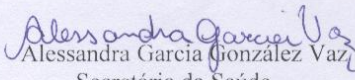
Salientamos ainda que fique acordado com as responsáveis pela pesquisa que os meios utilizados para a mesma e o horário, não devem interferir no atendimento diário das clínicas, e que a Secretaria não disponibilizará nenhum funcionário para auxiliar no trabalho.

Sendo só o que se apresenta.


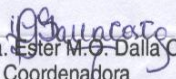
Atenciosamente

Cambé, 12 de março de 2009.

  
Ana Lúcia Brágio dos Santos  
Coordenação de serviços odontológicos  
Cambé -PR

  
Alessandra Garcia González Vaz  
Secretária da Saúde  
Cambé - PR

## ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</p> <p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</p>	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b> Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná <b>Registro CONEP 268</b>	
<b>Parecer PF Nº 050/09</b> <b>CAAE Nº 0779.0.000.268-09</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 247631</b>	Londrina, de de 2009.
<b>PESQUISADOR: MEIRI CRISTINA SAKUMA NAKAGAWA</b> <b>Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde</b>	
Prezada Senhora: <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p><b>"AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ, PR"</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/Uel relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: <b>APROVADO</b>	
Atenciosamente,  Prof.ª. Dra. Ester M.O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/Uel	
<p><small>Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km. 390 - Fone (043) 371-4000 PABX - Fax 328-4440 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-990 - Internet <a href="http://www.uel.br">http://www.uel.br</a>          Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária - Fone (043) 381-2000 PABX - Fax 337-4041 e 337-7495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440          LONDRINA - PARANÁ - BRASIL</small></p> <p><small>Form. Código 11.764 - Formato A4 (210x297mm)</small></p>	