



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ODONTOLOGIA
NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ, PARANÁ**

Londrina
2008

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ODONTOLOGIA
NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ, PARANÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Londrina
2008

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B928a Bueno, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho.

Avaliação de serviço público de odontologia no município de Cambé,
Paraná / Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno. – Londrina, 2008.

85f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Júnior.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia.

1. Odontologia sanitária – Teses. 2. Saúde pública – Teses. 3. Serviços de saúde

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ODONTOLOGIA
NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ, PARANÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres

Prof. Dr.^a Célia Regina Rodrigues Gil^a

Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Londrina, 6 de junho de 2008.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela dedicação de suas vidas.

Ao Jaime e à Marina por existirem.

AGRADECIMENTOS

- *A Deus, porque Dele, por Ele e para Ele, são todas as coisas; Glórias a Ele eternamente.*
- *Aos meus familiares e amigos pelo apoio e incentivo.*
- *Ao professor doutor Luiz Cordoni Junior, meu orientador, pelo direcionamento com seriedade e objetividade no desenvolvimento desta pesquisa.*
- *Aos docentes do mestrado por me ensinarem a aprender.*
- *Aos funcionários do departamento de Saúde Coletiva, pela cooperação em todas as etapas do mestrado.*
- *Aos profissionais do município de Cambé por permitirem esta avaliação e colaborarem na sua realização.*
- *À CAPES pelo auxílio financeiro recebido.*
- *Aos amigos Arthur Eumann Mesas e Cristhiane Sassioto pelas preciosas sugestões.*
- *À professora Rasani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, por ser uma fonte de inspiração.*
- *E aos colegas de curso pela convivência e pelo crescimento que me proporcionaram.*

*“Ó profundidade das riquezas, tanto da sabedoria,
como da ciência de Deus! Quão insondáveis são
Seus juízos, e quão inescrutáveis os Seus
caminhos!”*

Romanos 11: 33

BUENO, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho. **Avaliação de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná. 2008.** 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

Em Cambé, Paraná, equipes Saúde Bucal foram incluídas no Programa Saúde da Família com a finalidade de reorientar práticas em saúde. O objetivo desta dissertação é elaborar e aplicar estratégia de avaliação em serviço público de odontologia neste município. A metodologia usada foi o estudo de caso histórico-organizacional. Para o planejamento da avaliação foram desenvolvidos o modelo-lógico do serviço e uma matriz que apresenta dimensões de análise, critérios, indicadores, pontuações, parâmetros e fontes de informação. Para tal, foram coletadas informações partindo da triangulação de métodos (observação, entrevista e análise documental) e realizadas três oficinas de trabalho no decorrer do processo. A matriz subsidiou o desenvolvimento de um instrumento de coleta de dados que foi aplicado em uma Unidade Saúde da Família. O período de estudo foi de novembro de 2006 a julho de 2007. Como resultado se obteve um fluxograma que retrata demanda espontânea, oferta organizada assistencial da atenção básica e especializada, demanda de programas pré-existentes, atividades coletivas, e uma matriz com duas dimensões de análise, doze critérios e vinte e quatro indicadores. A pontuação geral obtida para a unidade avaliada foi classificada como “aceitável”, em escala de parâmetros de quatro classes (crítico, regular, aceitável e satisfatório). A Equipe Saúde Bucal participa de oficinas de Educação Permanente em Saúde e reuniões semanais com a equipe Saúde da Família, mas não realiza atividades multidisciplinares com frequência. Conclui-se que o desenvolvimento dos indicadores proporcionou o planejamento de uma avaliação adequada à realidade estudada. O comprometimento dos sujeitos com o novo modo de se praticar a odontologia está sendo conquistado à medida que o processo de trabalho vai sendo discutido, avaliado e aprimorado.

Palavras-chave: Odontologia em Saúde Pública. Avaliação de Serviços de Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação de Processos e Resultados. Saúde da Família. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

BUENO, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho. **Evaluation of public dental health services in Cambé, Paraná. 2008.** 2008. 85 f. (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

In Cambé, Paraná, buccal health teams have been included in the Family Health Program in order to reorient health practices. The objective of this dissertation is to develop and implement strategy for evaluating public service dentistry in this county. The methodology carried out was a historical – organizational case study. For the planning of the evaluation, a theoretical model of the service was developed and a matrix that presents analysis dimensions, criteria, indicators, punctuation, parameters and sources of information. To do so, information was collected from triangulation methods (observation, interview and document analysis) and three workshops were carried out during the process. The matrix subsidised the development of an instrument of collection that was applied in a Family Health Unit. The period of this study comprehends November 2006 to July, 2007. As a result, a flowchart was created depicting spontaneous demand, organized offer of specialized and basic care, demand of pre-existent programs, collective actions and a two-dimensional analysis matrix with twelve criteria and twenty-four indicators. The general scores obtained by the evaluated Family Health Care Unit was classified as "acceptable", in four classes of parameters (critical, regular, acceptable and satisfactory). The Buccal Health Teams participate in workshops of Permanent Education in Health end meetings with the Family Health team, but don't conduct activities multidisciplinary often. It was concluded that the development of indicators has enabled the planning of a more comprehensive and realistic evaluation. One can say that the commitment of the subjects to a new way of practicing dentistry is being conquered as the work process is being discussed, evaluated and improved.

Keywords: Public Health Dentistry. Health Services Evaluation. Program Evaluation. Outcome and Process Assessment (Health Care). Family Health. Quality Indicators. Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese da metodologia da pesquisa avaliativa realizada no município de Cambé, PR, 2007.....	21
Figura 2 – Mapa do Estado do Paraná para localização do município de Cambé, PR, 2007.....	22
Figura 3 – Quadro com as pontuações obtidas na avaliação da organização do serviço de uma Equipe Saúde Bucal, por meio de indicadores que consideram a participação dos sujeitos, Cambé, PR, 2007.....	53
Figura 4 – Quadro com as pontuações obtidas na avaliação da organização do serviço de uma Equipe Saúde Bucal, por meio de indicadores pactuados para avaliação da atenção básica, Cambé, PR, 2007	54
Figura 5 – Quadro com as pontuações obtidas na avaliação da organização do serviço de uma Equipe Saúde Bucal, por meio de indicadores complementares propostos nas oficinas de trabalho, Cambé, PR, 2007.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Ações Integradas de Saúde
CEI	Centro de Educação Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEO	C Centro de Especialidades Odontológicas de Cambé
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CPO-D	Índice de Dentes Permanentes Cariados Perdidos e Obturados
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SONAC	Sorrindo na Creche
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Concluído
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
PARTE I – INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E SÍNTESE DA METODOLOGIA	13
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
1.2 SÍNTESE DA METODOLOGIA	19
1.3 LOCAL DE ESTUDO.....	21
PARTE II – RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
2 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
2.1 ARTIGO A	25
2.2 ARTIGO B	44
PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFERÊNCIAS DA PARTE I	66
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	71
APÊNDICE A – Modelo-lógico da organização do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007	72
APÊNDICE B – Modelo-lógico da oferta organizada assistencial do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007	73
APÊNDICE C – Modelo-lógico das atividades coletivas do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007	74
APÊNDICE D – Modelo-lógico do atendimento à demanda espontânea do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007	75
APÊNDICE E – Matriz utilizada na avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007	76
APÊNDICE F – Roteiro de coleta de dados utilizado na avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007	79

ANEXOS	81
ANEXO A – Normas para submissão de artigo científico - Cadernos de Saúde Pública	82
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	85

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação nasceu da vontade de conhecer um pouco mais a profissão que optei quando, ainda criança, freqüentava o consultório da minha dentista para ver o “gatinho correr atrás do rato” no “motor de corda”. A mesma profissional que me disse, logo quando me formei e via muitos consultórios espalhados pela cidade, “o sol nasce para todos”.

Passada a euforia de montar o primeiro consultório em um “prédio da Higienópolis”, uma das principais avenidas da cidade, e já com o sol nascendo para mim em uma agenda sempre cheia, percebi que muitas pessoas não tinham acesso a estes locais e que o “sol da odontologia” não estava nascendo para elas.

Sempre lia sobre as mudanças do sistema de saúde e passei a crer que algo poderia ser feito. E, ao acreditar que existia a possibilidade de contribuir com esta mudança, e mais ainda, mudar a mim mesma, voltei a estudar. Conheci profissionais que dedicaram as suas vidas para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros que, apesar das críticas que recebem no dia-a-dia, estão empenhados em edificar o SUS e, demonstrando que o “sol pode nascer para todos” se cada um fizer um pouco.

E, é neste contexto que surgiu a pergunta desta pesquisa: Como está ocorrendo o processo de implantação da Equipe Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, em um serviço que procura seguir as diretrizes doutrinárias e organizativas do Sistema Único de Saúde?

Esta dissertação compreende três partes. Na Parte I serão apresentados a introdução, os objetivos da pesquisa e a síntese da metodologia utilizada.

Os resultados e a discussão estão apresentados na Parte II, na forma de dois artigos científicos. Estes serão submetidos ao periódico Cadernos de Saúde Pública, cujas instruções estão apresentadas no anexo A. Para a defesa, por motivo de padronização no estilo ABNT, algumas das instruções de formatação solicitadas pela revista não foram obedecidas, estas serão acatadas no momento de se enviar o artigo.

Na Parte III constam as considerações finais e as referências utilizadas na Parte I deste trabalho.

PARTE I
INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E SÍNTESE DA METODOLOGIA

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizada por um processo histórico iniciado na década de 70, com o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica foi o início da formulação teórico-conceitual e de exemplos de experiências municipais de reorganização do serviço público. A década de 80 assiste a viabilização política deste sistema, tendo como principais acontecimentos a “VIII Conferência Nacional de Saúde” e a formulação da Constituição Federal. Já na década seguinte o desafio era a consolidação do SUS por meio da construção de normas operacionais caracterizadas pela lógica da habilitação (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

As Normas Operacionais Básicas traçaram o desenvolvimento e a implementação de uma política descentralizadora na área da saúde. A necessidade de gerenciamento do sistema ocasionou mais responsabilidade aos gestores locais de saúde. Estes tiveram de adquirir conhecimentos administrativos anteriormente dominados somente por setores das administrações estaduais e federal. Tornaram-se responsáveis pelos recursos repassados e deveriam exercer mais controle sobre eles. Este processo foi importante para dar início à ampliação dos setores de controle, avaliação e auditoria dos municípios (DI COLLI, 2006).

Na atualidade, desde a portaria 699/06 do Ministério da Saúde (MS) de 30 de março de 2006, tem-se a construção do “Pacto pela Vida” na tentativa de substituir a excessiva normatização e a lógica da habilitação por outra de adesão e compromisso com resultados. Os gestores assumem ações em torno de prioridades pactuadas que deverão apresentar impacto na saúde da população. Neste sentido, o planejamento, a integração com o orçamento, e, as gestões participativa e estratégica passam a ser valorizados (BRASIL, 2006a).

Entre as prioridades pactuadas nesta modalidade de gestão está o fortalecimento da Atenção Básica que assume o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006b), passando a ser também designado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

O PSF, criado em 1994, teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados apresentados pelo PACS, particularmente

na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca de sua ampliação com a finalidade de se obter mais resolutividade nas ações de saúde (RONCALLI, 2003).

O PSF é regido por uma série de estratégias que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS. Entre estes princípios se destacam: a territorialização, a integralidade, a ênfase nas ações de promoção da saúde, a responsabilização para com a saúde da população, o planejamento local por problemas, a atuação multiprofissional e intersetorial, bem como a humanização do atendimento. Este modelo de atenção reconhece a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida (BRASIL, 2001).

Vanderlei (2005) declara que há a necessidade de aprofundamento da análise sobre a saúde da família como estruturante para a orientação de um novo modelo, pois esta reorientação implica necessariamente a articulação da atenção básica às ações de média e alta complexidade, envolvendo a integração de políticas estratégicas.

Portanto, o processo de implementação da saúde da família, bem como as ações relacionadas, não é algo simples e demandará empenho por parte dos atores envolvidos para que não se perca de vista os princípios e diretrizes que regem o programa. Para exemplificar a complexidade de tal política, pode-se citar a integralidade, uma das diretrizes propostas por este modelo. Esta pode assumir diversos sentidos no contexto da Reforma Sanitária. Segundo Mattos (2004), a integralidade pode se referir à abrangência das respostas governamentais, aos aspectos da organização dos serviços de saúde e também aos atributos das práticas de saúde.

Conforme Narvai (2001), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. Portanto, não pode ser vista à parte do sistema de saúde e de suas estratégias de reorganização. Nesta perspectiva, no ano 2000, por intermédio da Portaria n. 1444 do MS (BRASIL, 2000), houve um primeiro incentivo para inclusão da saúde bucal no PSF.

No ano de 2004, o MS apresentou os resultados de um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal dos brasileiros, denominado “SB Brasil 2003”. Para a população entre 65 e 74 anos, por exemplo, quanto à prevalência de cárie, observou-se que, devido ao caráter cumulativo do índice CPO-D (Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados), esta faixa etária apresentou seqüelas importantes. Mais de 60% demonstrou índice igual a 32, sendo que o componente perdido é responsável por quase 93% do índice neste grupo (BRASIL, 2004a).

Segundo Caldas Júnior et al. (2000), o elevado número de edêntulos mostra um reduzido efeito nas formas de planejamento da atenção à saúde bucal que aconteceram de maneira excludente, e que as medidas para se evitar esta condição inexistiram ou fracassaram integralmente para a população adulta.

Em todo o país os serviços odontológicos públicos foram historicamente caracterizados pelo modelo incremental para atendimento a escolares, dando ênfase à prevenção, padronização e racionalização dos passos clínicos, espaço físico e material de consumo, simplificação do instrumental e utilização do trabalho em equipe, denominada odontologia simplificada (PINTO, 2000).

O modelo incremental visa o completo atendimento dental de uma população dada. Inicialmente, eliminam-se as necessidades acumuladas e posteriormente, realiza-se o controle. Trata-se de uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas; e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações (PINTO, 1989). Este modelo foi muito importante para época de sua implantação, uma vez que procurou romper com o paradigma de uma odontologia voltada para a elite e estritamente curativista.

Com tais características, o modelo se confundiu com a própria odontologia sanitária que se viu reduzida aos programas odontológicos escolares. Para Narvai (2006), o sistema incremental se tornou ineficaz à medida que foi transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente e, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas.

Como uma forma de superar este quadro, em 2004, o Governo Federal lançou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, visando a organização da odontologia no âmbito do SUS (BRASIL, 2004b). Este documento serve de apoio aos vários municípios que procuram oferecer atendimento odontológico na perspectiva da atenção integral.

Neste contexto, em que a reorganização da demanda e do processo de trabalho tem exigido uma série de ações estratégicas que têm sido planejadas e implantadas por parte das secretarias de saúde dos municípios que adotam a ESF, a avaliação se mostra como uma ferramenta importante para a gestão. Segundo Vanderlei e Almeida (2007), de fato o PSF apresenta potencialidade para modificar o processo de trabalho e reorientar a forma de se produzir cuidado. Para tanto a gerência deve ser tomada como um instrumento para possibilitar a efetivação desta política por meio de definições de mecanismos de tomadas de decisões que

envolvam os profissionais tanto ao nível de formulação dos objetivos quanto da avaliação dos resultados.

A avaliação tem um importante papel no processo de racionalização dos recursos públicos, constituindo-se em um elemento básico no planejamento das ações de saúde (COHEN; FRANCO, 1993), auxiliando nas tomadas de decisões, podendo assumir inúmeros objetivos: estratégico, formativo, somativo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Existem diferentes modelos de avaliação, porém a constante é a pretensão de se comparar um padrão almejado com uma determinada realidade. Ainda, avaliar é fixar valor a algo, procedimento mediante o qual se compara o que será avaliado com um critério ou padrão determinado (COHEN; FRANCO, 1993).

Segundo Vieira-da-Silva (2005), não se deve limitar a avaliação à dimensão instrumental da ação. Ela deve ser concebida como campo, enquanto rede de relações entre agentes e instituições. Nesta perspectiva a definição de avaliação se amplia e o ato de avaliar toma como objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas ao trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas.

As relações existentes entre avaliação e pesquisa são estreitas, já que supõe a utilização do conjunto de modelos, instrumentos e técnicas que constituem a metodologia da pesquisa em ciências sociais (COHEN; FRANCO, 1993).

As análises de implantação de programas são muito relevantes porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos, identificando problemas e formulando recomendações voltadas para o aperfeiçoamento. Nestas análises a resposta à pergunta acerca das relações entre o grau de implantação e os contextos políticos e organizacionais requerem a realização de análises históricas, entrevistas em profundidade e elaboração de modelos-teóricos causais (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Apresentar e discutir o modelo-teórico de um programa, por gerentes e demais grupos implicados permite definir exatamente o que deve ser avaliado e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. Sendo importante ressaltar que construir o desenho do programa significa esquadrihá-lo em termos de constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando as etapas necessárias à transformação dos objetivos em metas (MEDINA et al., 2005).

Torna-se importante destacar que, para se avaliar programas na área de saúde, deve-se levar em consideração que se trata de um objeto que se modifica em função do tempo e do contexto, e que o próprio processo de pesquisa transforma o objeto (MEDINA et al., 2005).

A institucionalização da avaliação nos serviços de saúde é um desafio para todos os níveis de gestão do SUS e no caso da ESF, são imprescindíveis o aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação, com o objetivo de se identificar fortalezas e deficiências desta política, pois ao se identificar possíveis falhas no processo de implantação do PSF se propõem estratégias para se ampliar a possibilidade de se alcançar as metas estabelecidas.

Desta forma, considerando a importância da saúde bucal no contexto da Saúde da Família na perspectiva da integralidade do cuidado, este estudo avaliativo busca contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar e aplicar estratégia de avaliação em serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a estrutura do serviço público de odontologia.
- Desenvolver indicadores para avaliação do serviço.
- Aplicar os indicadores desenvolvidos e analisar os resultados da avaliação em uma Unidade Saúde da Família (USF).

1.2 SÍNTESE DA METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da dissertação foi realizado um estudo de caso histórico-organizacional (YIN, 2001), como uma estratégia de pesquisa útil para a análise de implantação de programas (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Segundo Yin (2001), trata-se de uma modalidade de pesquisa caracterizada pelo estudo investigativo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira a permitir o seu conhecimento aprofundado.

No estudo de caso único, do tipo crítico, o pesquisador confronta um modelo-teórico bem-desenvolvido com uma realidade empírica, sendo que este tipo de estudo oferece um potencial elevado de “generalização lógica”, isto é as conclusões poderão eventualmente servir para explicar situações análogas (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A pesquisa apresentou três fases: I) Elaboração do modelo-lógico (ou modelo-teórico), que pode ser definido resumidamente como um esquema visual que apresenta como um programa deve funcionar e que resultados são esperados (MEDINA et al., 2005); II) Desenvolvimento de uma matriz com dimensões de análise, critérios, indicadores, pontuações, parâmetros e fontes de informações; III) Aplicação dos indicadores desenvolvidos e análise dos resultados da avaliação.

A fase I contou com os seguintes passos (Figura 1):

1. Coleta de informações sobre o programa a partir de várias fontes:
 - Análise documental: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) e Protocolo de Atenção Odontológica do município (CAMBÉ, 2006).
 - Entrevistas com informantes-chave: coordenadores do serviço e dentista.
 - Observação: roteiro de observação baseado no Protocolo de Atenção Odontológica do município (CAMBÉ, 2006) e registro de informações em diário de campo.
2. Definição do problema objeto da intervenção e seu contexto.
3. Identificação dos elementos do modelo-lógico.
4. Desenho do modelo-lógico.
5. Aperfeiçoamento de modelo produzido por meio de uma oficina de trabalho (Oficina 1) com a participação dos profissionais do serviço.

6. Descrição do modelo-lógico que corresponde a uma imagem-objetivo da organização do serviço (MEDINA et al., 2005).

7. Proposição das dimensões de análise.

A fase II seguiu os seguintes passos:

1. Início da construção da matriz, baseado nos resultados do modelo-lógico e revisão de literatura.

2. Realização de duas oficinas de trabalho com os mesmos participantes da primeira:

- Oficina 2: foi apresentada uma proposta de matriz com critérios, indicadores e fontes de informações. Esta foi discutida pela equipe para definição de quais indicadores deveriam permanecer e quais deveriam ser incluídos para serem utilizados na avaliação.
- Oficina 3: o grupo discutiu e atribuiu valores para os indicadores e determinou os parâmetros de qualidade.

Na fase III da pesquisa foi realizada a aplicação dos indicadores desenvolvidos em uma USF por meio de um roteiro de coleta de dados baseado na matriz. As informações foram obtidas por observação, entrevista e análise documental. Os resultados da avaliação foram discutidos.

Os artigos apresentarão mais detalhes a respeito de cada etapa da pesquisa sendo que a primeira e segunda fase está descrita no primeiro artigo, com o título: “Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia”. E a terceira fase no segundo artigo denominado: “Aplicação de estratégia de avaliação de serviço público de odontologia em Unidade Saúde da Família de Cambé, Paraná”.

O período de coleta de dados se estendeu de novembro de 2006 a julho de 2007. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), conforme o parecer CEP 252/06 (Anexo B).

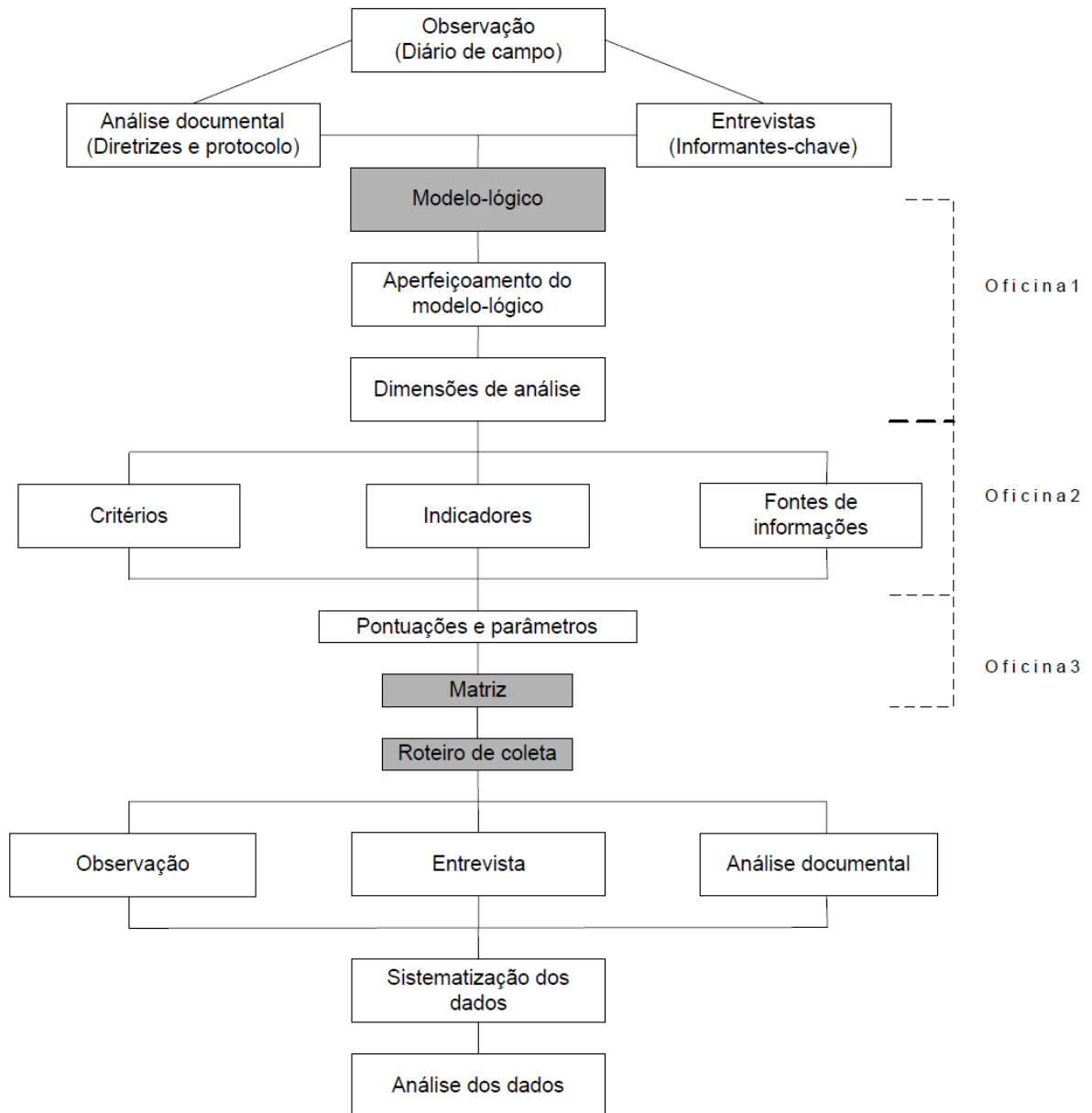


Figura 1 – Síntese da metodologia da pesquisa avaliativa realizada no município de Cambé, PR, 2007.

1.3 LOCAL DE ESTUDO

O município de Cambé, localizado ao norte do Estado do Paraná, possui uma área total de 495 km² e apresenta população de 92.888 habitantes (IBGE, 2007).

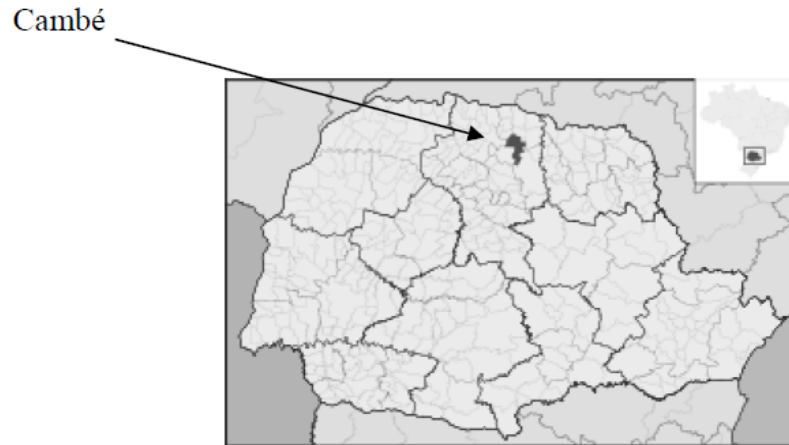


Figura 2 – Mapa do Estado do Paraná para localização do município de Cambé, Paraná, 2007.

Fonte: <http://pt.wikipedia.org>

O município apresenta o indicador de saúde coeficiente de mortalidade infantil (10,5) (CAMBÉ, 2008) abaixo do apresentado pelo Estado Paraná (15,5), (BRASIL, 2006c) e de educação, índice de analfabetismo (10,3%), (CAMBÉ, 2008) muito próximo (9,5) (PARANÁ, 2008).

Possui uma rede de serviços públicos de saúde composta por dois hospitais, 12 unidades de Saúde da Família (uma delas com atendimento 24 horas), nas quais atuam 24 equipes de Saúde da Família, sendo 20 com ESB e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O serviço público odontológico começou a se organizar em 1983, a partir da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Este se deu por meio do programa incremental, sendo priorizado o atendimento às crianças com idade escolar da rede de ensino municipal e estadual, com atenção voltada não apenas para tratamento curativo, mas principalmente às ações de promoção e prevenção de saúde com atividades educativas e de aplicação de flúor que eram realizadas sistematicamente nas escolas e fluoretação da água de abastecimento público (NAKAGAWA, 2006).

Posteriormente houve a inclusão gradativa de pré-escolares e bebês tendo como marco histórico, a implantação como projeto piloto, do Programa de Atendimento aos Bebês, por meio da transferência de tecnologia da Universidade Estadual de Londrina. Em 1988, o programa foi estendido a todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo sido esta a primeira experiência de Clínica de Bebê na rede pública (ISSAO; FERELLE; WALTER, 1996).

A partir de então, o serviço foi estruturado para atendimento multiprofissional e interdisciplinar por meio de programas para atendimento às gestantes e às crianças. Os atendimentos eram realizados na UBS, com prioridade de atenção aos bebês que ingressavam com zero a 11 meses de idade. O programa Infanto-juvenil contemplava crianças a partir de 24 meses com previsão de acompanhamento até 21 anos (NAKAGAWA, 2006).

O município obteve conquista significativa na área de saúde bucal exemplificada pela redução do índice CPO-D para a idade de 12 anos no decorrer dos anos. No ano de 1983 este índice foi igual a 8,0. Em 1991 a 6,93. Já no ano de 1996 foi igual a 2,44. E em 2000 diminuiu para 0,95 permanecendo o mesmo até 2004, ano do último levantamento epidemiológico (LONDRINA, 2004).

Em setembro de 2005, considerando a portaria n. 1444 (BRASIL, 2000) e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), o município incluiu equipes de Saúde Bucal no PSF.

No ano de 2006, Cambé recebeu o terceiro lugar na primeira edição do “Prêmio Brasil Sorridente/Conselhos de Odontologia”, uma parceria do Conselho Federal de Odontologia (CFO) com o MS evidenciando a importância do município no cenário nacional. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006).

PARTE II
RESULTADOS E DISCUSSÃO

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 ARTIGO A

DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ODONTOLOGIA. *

Development of indicators for evaluating public dental health services.

Avaliação de serviço de odontologia.

AUTORES

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO

Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Saúde Coletiva.

LUIZ CORDONI JÚNIOR

Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Saúde Coletiva.

ARTHUR EUMANN MESAS

Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil.

FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA

Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Saúde Coletiva.

CORRESPONDÊNCIA:

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO

Rua Nilo Peçanha, 136.

CEP – 86062-650 – Londrina, Paraná, Brasil

E-Mail: veracarvalho11@hotmail.com

Fones: (43) 3348 3807 e (43) 9156 0678

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (bolsa).

LOCAL

* Trabalho realizado no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, baseado em etapa inicial de dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Avaliação de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná”.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é descrever e analisar o desenvolvimento dos indicadores utilizados para se identificar fortalezas e deficiências de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná. A metodologia usada foi o estudo de caso histórico-organizacional. Para o planejamento da avaliação foi desenvolvido o modelo-lógico do serviço. Para tanto foram coletadas informações a partir da triangulação de métodos. Na seqüência foi desenvolvida uma matriz que apresenta dimensões de análise, critérios, indicadores, pontuações, parâmetros e fontes de informações. Três oficinas de trabalho foram realizadas com profissionais do serviço local no decorrer do processo com a finalidade de se avaliar se o modelo e a matriz representam adequadamente o serviço. O período de coleta de dados se estendeu de novembro de 2006 a julho de 2007. Como resultado se obteve um fluxograma que retrata demanda espontânea, oferta organizada assistencial da atenção básica e especializada, demanda de programas pré-existentes, atividades coletivas, e uma matriz com duas dimensões de análise, doze critérios e vinte e quatro indicadores. O desenvolvimento dos indicadores proporcionou o planejamento de uma avaliação mais abrangente e realista.

Descritores: Odontologia em Saúde Pública; Avaliação de Serviços de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Avaliação de Processos e Resultados.

ABSTRACT

The objective of this article is to describe and analyze the development of indicators used to identify strengths and deficiencies in the public dental health service in the county of Cambé, Paraná. The methodology carried out was a historical – organizational case study. A theoretical model of the service was developed for evaluation planning. To do so, information was collected from triangulation of methods. Afterwards, a matrix was developed which presents analysis dimensions, criteria, indicators, punctuation, parameters and sources of information. Three workshops were carried out during the process with local service professionals in order to verify whether both model and matrix represented the service adequately. The periods of collecting data were November 2006 to July, 2007. As a result, a flowchart was created depicting spontaneous demand, organized offer of specialized and basic care, demand of pre-existent programs, collective actions and a two-dimensional analysis matrix with twelve criteria and twenty-four indicators. One can say that the development of indicators has enabled the planning for a more comprehensive and realistic evaluation.

Keywords: Public Health Dentistry; Health Services Evaluation; Program Evaluation; Quality Indicators, Health Care; Outcome and Process Assessment (Health Care).

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, e mais recentemente também designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), é regido por princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma importante estratégia de reorientação do modelo assistencial ¹.

O PSF apresenta potencialidade para modificar o processo de trabalho e reorientar a forma de se produzir cuidado, para tanto a gerência deve ser tomada como um instrumento para possibilitar a efetivação desta política por meio de definições de mecanismos de decisões que envolvam os profissionais tanto ao nível de formulação dos objetivos quanto da avaliação dos resultados ². Esta tem um importante papel no processo de racionalização dos recursos públicos, constituindo-se em um elemento básico no planejamento das ações em saúde ³.

Existem diferentes modelos de avaliação, porém o objetivo é comparar um padrão almejado (imagem-objetivo em direção à qual se orienta a ação) com a realidade (o que ocorreu como consequência da atividade empreendida) ³.

Em recente artigo, pesquisadores demonstraram a escassez de trabalhos sobre avaliação do PSF e ressaltaram a necessidade de implantação de sistemas de avaliação mais voltados para a captura de dados qualitativos que reflitam a vivência dos profissionais inseridos neste processo de reorientação das práticas de atenção em saúde bucal ⁴.

Os indicadores propostos pelo MS ⁵ apresentam um avanço no acompanhamento das ações da Equipe Saúde Bucal (ESB), mas ainda focam a produção, que embora seja um aspecto importante a ser avaliado, não abrange toda a complexidade do serviço odontológico.

A falta de indicadores para avaliações mais abrangentes na área da saúde pode ser evidenciada em outras propostas como no caso da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Segundo Risi Junior ⁶, a RIPSA conquistou reconhecimento como instância qualificadora de informações em saúde, com potencial ainda por ser integralmente explorado. Portanto, sugere-se agregar novos indicadores para avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil, além do índice CPO-D (Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados) aos 12 anos ⁷, que contemplem a saúde bucal.

Neste sentido, no intuito de se identificar as fortalezas e deficiências da nova lógica de atenção, torna-se relevante o desenvolvimento de indicadores para avaliação do serviço. O objetivo deste artigo é descrever e analisar o processo de desenvolvimento dos indicadores para avaliação da Equipe Saúde Bucal (ESB) de um serviço público odontológico no município de Cambé, Paraná.

METODOLOGIA

Estratégia da Pesquisa

Trata-se de estudo de caso histórico-organizacional. Segundo Yin⁸, esta modalidade de pesquisa é caracterizada pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos. No estudo de caso único, do tipo crítico, o pesquisador confronta um modelo-teórico com uma realidade empírica, sendo que este tipo de estudo oferece conclusões que poderão eventualmente servir para explicar situações análogas⁹.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2006 e julho de 2007.

Local de Estudo

O município de Cambé, localizado ao norte do Paraná, possui uma área total de 495 km² e apresenta população de 92.888 habitantes¹⁰, com indicador de saúde coeficiente de mortalidade infantil (10,5)¹¹ abaixo do apresentado pelo Paraná (15,5)¹² e de educação, índice de analfabetismo (10,3)¹¹ muito próximo (9,5)¹³.

Possui uma rede de serviços públicos de saúde composta por dois hospitais, 12 unidades de Saúde da Família (uma delas com atendimento 24 horas), nas quais atuam 24 equipes de Saúde da Família, sendo 20 com ESB e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O serviço de odontologia começou a se organizar em 1983, a partir da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), por meio do programa incremental¹⁴. Posteriormente, houve a inclusão gradativa de pré-escolares e bebês, sendo esta a primeira experiência de Clínica do Bebê na rede pública¹⁵. O programa Infanto-juvenil contemplava crianças a partir de 24 meses com previsão de acompanhamento até 21 anos¹⁴.

O município obteve conquista significativa na área de saúde bucal exemplificada pela redução do índice CPO-D (Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados) para a idade de 12 anos no decorrer do tempo, decrescendo de 8,0 em 1983 para 0,9 em 2004¹⁶. Porém, uma importante parcela da população adulta tinha acesso

somente ao serviço de emergência oferecido em duas unidades de saúde. Neste contexto, surgiram nas conferências municipais de saúde reivindicações para a ampliação do serviço

Esta ampliação veio ocorrer em setembro de 2005, quando dezoito equipes de Saúde Bucal foram incluídas no PSF, com a finalidade de se reorientar as práticas em saúde bucal com base na Portaria n. 1444¹⁷ do MS e nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹⁸. No ano de 2008 foram incluídas mais duas equipes.

Em 2006, o município recebeu o terceiro lugar na primeira edição do “Prêmio Brasil Sorridente/Conselhos de Odontologia”, uma parceria entre o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e o MS¹⁹, o que evidencia a importância do serviço público odontológico de Cambé no cenário nacional.

Elaboração do Modelo-lógico

O desenho do modelo-lógico (modelo-teórico) do programa foi a primeira etapa para o planejamento da avaliação. Foi construído um esquema visual que apresenta de que modo o programa deve ser implementado e que resultados são esperados. A apresentação e a discussão deste por gerentes e demais atores implicados, com a utilização tanto de saberes científicos como práticos, permitiu definir o que deveria ser medido na presente avaliação²⁰.

Para a construção do modelo-lógico, o primeiro passo foi coletar informações sobre o programa a partir da triangulação de métodos (observação, análise documental e entrevistas)^{8, 20}. O serviço foi visitado por duas semanas para a observação das atividades realizadas, seguindo um roteiro baseado no Protocolo de Atenção Odontológica do município²¹, registrando-se as informações em um caderno de campo. Como fontes de dados secundários foram utilizados este protocolo²¹ e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹⁸. Para as entrevistas, a pesquisadora contou com a participação de cinco informantes-chave (dois coordenadores, um do PSF e outro da odontologia e três dentistas).

Com base nas informações obtidas, foi possível definir o objeto da observação, retratar o seu contexto e identificar elementos da organização do serviço. O esboço do que seria o modelo-lógico foi adaptado do modelo proposto por Vieira-da-Silva et al.²², que corresponde à definição de uma imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde em municípios do Brasil.

Após esta etapa, foi realizada uma primeira oficina de trabalho (Oficina 1) com a finalidade de se avaliar junto aos atores envolvidos se o modelo produzido representa a lógica do programa. Segundo Anastasiou & Alves²³, oficina de trabalho pode ser descrita como uma reunião de um pequeno número de pessoas com interesses comuns, a fim de estudar e trabalhar visando ao conhecimento ou aprofundamento de um tema, sob a orientação de um especialista.

A oficina mencionada contou com oito participantes: dois coordenadores do serviço, sendo um do PSF e outro da odontologia, três dentistas que atuam em diferentes unidades Saúde da Família, um mestrando em saúde coletiva, um docente de odontologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a pesquisadora. O convite aos participantes obedeceu pelo menos um dos seguintes critérios: a) participação desde o início da implantação do atendimento público odontológico no ano de 1983; b) experiência na área de avaliação; c) atuação no serviço público do município; e d) ter sido identificado como informante-chave na primeira fase da pesquisa.

Após a definição do modelo-lógico, foram propostos pelos participantes da oficina os aspectos a serem avaliados.

Elaboração da Matriz

Com base nos aspectos a serem avaliados, foi desenvolvida uma matriz que apresenta as dimensões de análise, os critérios, os indicadores, as pontuações e os parâmetros que seriam utilizados para avaliação, bem como as respectivas fontes de informações a serem consideradas. Os seguintes critérios de seleção de indicadores foram utilizados: simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminabilidade e cobertura²⁰.

O primeiro passo para a construção da matriz foi, com base na revisão de literatura, a seleção de possíveis indicadores para se avaliar os aspectos levantados no modelo-lógico na Oficina 1. Foi elaborado um esboço de matriz que passou por avaliação, em uma segunda oficina de trabalho (Oficina 2), que contou com os mesmos participantes da primeira. A equipe de trabalho definiu quais dimensões e indicadores deveriam permanecer na matriz e quais deveriam ser excluídos ou incluídos na avaliação.

Para a pontuação da matriz foram usadas diversas fontes de informação: entrevistas, checagem de registros e diário de campo, sendo novamente submetida à análise

em uma terceira oficina, Oficina 3, para a checagem dos valores atribuídos e determinação dos parâmetros de qualidade a serem considerados.

A aferição da pontuação foi feita a partir dos percentuais obtidos. Para o caso de resultados obtidos por escores, foi utilizada a seguinte fórmula para se converter em percentuais:

$$\text{Percentual final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

O indicador proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais, proposto pelo MS⁵ não foi convertido em percentual para que possa ser comparado com resultados obtidos em outras avaliações.

Para a conclusão acerca da qualidade de cada indicador, foi utilizada a seguinte classificação: 0) Crítico; 1) Regular; 2) Aceitável; e 3) Satisfatório. Os percentuais que demarcam os parâmetros da classificação para cada indicador podem ser visualizados no apêndice E.

Torna-se importante ressaltar que os indicadores apresentam pontos de cortes diferenciados que foram estabelecidos por consenso nas oficinas de trabalho. Sendo que, para os indicadores propostos pelo MS, os valores de referência foram os pactuados pelo município para o ano de 2006.

Para se obter a qualidade final do serviço de odontologia da USF foram somados os escores de todos os indicadores, sendo: Crítico = 0; Regular = 1; Aceitável = 2; e Satisfatório = 3, e aplicada a fórmula acima citada para obtenção do percentual final, o qual obedeceu aos seguintes parâmetros: Crítico entre 0 e 24%; Regular entre 25 e 49%; Aceitável entre 50 e 74%; e Satisfatório entre 75 até 100%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL, conforme o parecer CEP 252/06 (Anexo B).

RESULTADO

Modelo-lógico

O modelo-lógico do serviço de odontologia no município de Cambé pode ser visualizado no apêndice A.

A Unidade Saúde da Família (USF) (Apêndice B) presta atenção básica partindo do diagnóstico territorial. As famílias da região são cadastradas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mediante um formulário desenvolvido no próprio serviço, com a finalidade de se coletar informações sobre saúde e condições de vida. Estes cadastros são analisados pelo dentista para a verificação de risco social e biológico. As famílias priorizadas por critérios de equidade²¹ recebem visitas domiciliares para ações de promoção de saúde e agendamento na oferta organizada assistencial.

As gestantes do território são convocadas para o atendimento odontológico programado, independentemente do tempo de gravidez, e incluídas no programa assim que iniciam o pré-natal na unidade ou em outra USF. Para as que não comparecem ao pré-natal, é realizada busca ativa, sendo que frequentemente gestantes que fazem pré-natal na rede privada procuram o programa. Antes do atendimento clínico, elas são convidadas a participar de reunião educativa.

Os indivíduos menores de um ano de idade da área de abrangência da USF são convocados para o atendimento odontológico programado. As vias de acesso à atenção podem ser a visita puerperal, o programa de puericultura da unidade, o programa nacional de imunização, a busca ativa feita pelo ACS, o atendimento programado para gestantes ou ainda por procura espontânea da mãe ao serviço, quando recebem orientações quanto à atenção precoce, ou seja, a importância do atendimento do indivíduo ainda enquanto bebê, aleitamento materno, hábitos e higiene bucal.

Para a faixa etária entre 1 e 14 anos o serviço conta com dois programas: Sorrindo na Creche (SONAC), para 1 a 5 anos, e o Infante-juvenil para 1 a 14. No Centro de Educação Infantil (CEI) há atendimento clínico preventivo e atividades educativas para o primeiro grupo. Na USF são realizados atendimento clínico e atividades educativas individuais para pessoas de ambos os grupos. Atividades coletivas são realizadas no CEI e nas escolas públicas.

A USF deve manter o atendimento de indivíduos provenientes de programas pré-existentes que ainda não tiveram suas famílias convocadas. Para isto conta com dentistas de apoio que não aderiram ao PSF.

A unidade também deve oferecer atividades coletivas (Apêndice C) para grupos especiais tais como gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos, bem como adultos em geral, aproveitando momentos de campanhas como as de imunização, por exemplo. Nestas ocasiões, se houver detecção de risco pela equipe, o indivíduo deve ser encaminhado para uma USF.

Quanto à demanda espontânea (Apêndice D), a unidade oferece vagas tanto para atendimento de emergência/urgência como para pronto-atendimento de procura espontânea. Nestes casos, o indivíduo tem sua queixa principal resolvida e, se ainda não tiver cadastro, é orientado a aguardar cadastramento realizado pelo ACS e posterior agendamento, respeitando a área de abrangência da unidade.

Os casos que exigem tratamento por especialistas são referenciados para o Centro de Especialidades Odontológicas de Cambé (CEOC) e contra-referenciados com registro de informações enviado via malote para a USF de origem.

Todos que acessam a oferta organizada assistencial da odontologia devem ter seu tratamento completo com orientação de retorno dependendo da etapa de vida.

Matriz

Para a matriz de avaliação do serviço de odontologia do município de Cambé, foram selecionadas duas dimensões de análise: a primeira avalia o serviço considerando os sujeitos envolvidos na reorientação das práticas de atenção à saúde, e a segunda considera a organização do serviço.

Para a primeira dimensão foram considerados quatro critérios propostos nas oficinas de trabalho: 1) Uso do protocolo; 2) Adequação do quadro técnico às necessidades do serviço; 3) Integração da equipe; e 4) Adesão dos agentes às práticas.

Para a segunda dimensão foram considerados oito critérios, também propostos nas oficinas de trabalho: 1) Cobertura de primeira consulta odontológica programática; 2) Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais; 3) Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada; 4) Diagnóstico territorial; 5) Atendimento domiciliar; 6) Atendimento às gestantes; 7) Atendimento às famílias; 8) Atendimento aos indivíduos.

Os indicadores para cada critério podem ser visualizados no apêndice E.

DISCUSSÃO

A avaliação nos serviços de saúde é um grande desafio para todos os níveis de gestão do SUS. É necessário se aprimorar a prática de monitoramento e avaliação, com o objetivo de contribuir para a tomada de decisões, planejamento, programação e organização do serviço, tendo o cuidado de se levar em conta os sujeitos^{24,25}.

No intuito de envolver os sujeitos do processo de organização do serviço no desenvolvimento dos indicadores que seriam utilizados na avaliação do município de Cambé, foram propostas oficinas de trabalho. Estas foram importantes espaços de discussão para a apreciação e as devidas adequações do modelo-lógico e da matriz, pois a visão de todos os participantes possibilitou a proposição de aspectos do serviço a serem analisados e que fariam parte da avaliação.

O esforço para a construção de consensos em torno do modo de gerir e organizar o processo de trabalho pode ser o ponto de partida para a transformação dos serviços de saúde, ao lado da incorporação de métodos, técnicas e instrumentos que levem em conta a intuição e a criatividade para além das normas e modelos²⁶.

O município de Cambé mostrou ter um serviço público odontológico que almeja atender aos princípios do SUS. A descrição do serviço, visualizada no modelo-lógico (Apêndice A), demonstra uma proposta de organização compatível com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹⁸, mesmo porque, segundo os trabalhadores locais, o Protocolo de Atendimento foi baseado nas diretrizes.

A organização parte do princípio de que o aperfeiçoamento da gestão da saúde pode ter um efeito positivo em relação à reorientação de práticas de atenção, individuais e coletivas²². No âmbito setorial, as modificações podem ocorrer relacionadas ao aumento da acessibilidade, à humanização do acolhimento, ao aumento da resolutividade e do avanço na qualidade técnico-científica do cuidado. O conjunto das ações setoriais, aliado às ações intersetoriais para a melhoria das condições de vida, poderia contribuir para o estado de saúde da população, garantindo mais qualidade de vida para a mesma²².

Os participantes das oficinas entenderam que a reorientação das práticas depende dos sujeitos para ser implementada e da forma como o serviço deve ser organizado; assim, justificam-se as duas dimensões de análise propostas. Segundo Merhy²⁶, no nível dos estabelecimentos e das redes de serviços, no terreno da gestão organizacional e do trabalho,

mostra-se que, para superar o modelo médico-hegemônico neoliberal, devem se constituir organizações de saúde, gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário centrada, que permita construir vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários, nas formas de organizações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

Os participantes das oficinas discutiram quais informações poderiam ser utilizadas para aferir a qualidade do serviço e, a partir daí, foram propostos indicadores. Segundo Testa²⁷, os indicadores ocupam um lugar intermediário na seqüência que vai do dado à informação. Eles aparecem como uma elaboração de dados agrupados e sintetizados de maneira que indiquem elementos importantes da constituição do fenômeno que se estuda. E ainda, para a construção do indicador, realiza-se um processo de abstração, posto que não se tomam todos os elementos do dado registrado, mas somente aqueles que se consideram pertinentes. Para o autor, “o indicador é não somente um sinal, mas também uma base de apoio para a obtenção de informação ou, melhor ainda, de conhecimento”²⁷.

O indicador que se refere ao uso do protocolo parte do princípio de que, à medida que os sujeitos se comprometem em aplicar as rotinas recomendadas na organização proposta para o serviço, tendem a conquistar os resultados esperados. Porém, este indicador por si só não poderia responder isto, pois, segundo Merhy²⁸, ao solicitarmos a descrição do serviço a algum trabalhador, a maioria mostra o desenho de um organograma. Este apresenta uma funcionalidade esperada, servindo de parâmetro para as possíveis óticas avaliadoras do cumprimento ou não das funções do "organismo" do serviço; mas outra descrição poderá ser feita, mostrando que o centro de saúde não é um organismo, mas sim uma "arena", onde operam distintos agentes institucionais, com diferentes perspectivas de ação.

Assim sendo, sugerem-se indicadores que procuram mostrar se há uma adequação do quadro técnico às necessidades do sistema por meio de realização periódica de oficinas de Educação Permanente em Saúde²⁹, capacitação para executar determinadas tarefas, tais como usar corretamente as rotinas propostas no protocolo ou registrar corretamente informações no sistema. A integração da equipe e a adesão dos agentes às práticas, estão refletidas na participação ativa destes sujeitos no processo de gestão e na satisfação em se desenvolver suas atividades.

Quanto à dimensão da organização do serviço, o diagnóstico da demanda surge das discussões nas oficinas como a primeira necessidade para se conhecer a comunidade

em que se atua e estabelecer critérios de acessibilidade, com priorização de problemas visando atingir a equidade no atendimento. Os diagnósticos de demanda são úteis para se definir padrão de morbidade, perfil do usuário dos serviços, entre outros relacionados à assistência³⁰. Os cadastros feitos pelos agentes comunitários de saúde devem apresentar qualidade de registro e, posteriormente, ser avaliados e armazenados pelo dentista de forma a contemplar os critérios de equidade estabelecidos no protocolo.

O atendimento às gestantes, bem como a visita puerperal, mostraram-se indicadores importantes para o grupo de discussão, uma vez que os indivíduos menores de 12 meses e a gestante são priorizados no atendimento desde a implantação da Clínica do Bebê¹⁵.

Os indicadores de cobertura utilizados se referem ao atendimento às famílias e aos indivíduos, tanto aos que foram convocados como aos que tiveram seu tratamento concluído.

Quanto aos indicadores propostos pelo MS na portaria n. 493 de 10 de março de 2006⁵, foram selecionados: cobertura de primeira consulta odontológica programática, proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais e cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada, com modificações nos denominadores, uma vez que o ministério utiliza informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o da avaliação de Cambé utilizou dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esta opção foi feita uma vez que, para o planejamento de saúde do município, os gestores se orientam por este sistema. E segundo dados do gestor e nas discussões nas oficinas, a população cadastrada pelo IBGE está superestimada em relação à cadastrada pelo SIAB. Esta informação foi confirmada em 1º de abril de 2007, com a divulgação dos resultados da contagem da população do município¹⁰.

A utilização dos indicadores propostos pelo MS, em conjunto com indicadores selecionados na literatura, e acrescentando alguns desenvolvidos com a participação dos trabalhadores do serviço de odontologia local, tornou possível o planejamento de uma avaliação mais abrangente e realista do município de Cambé.

Os indicadores propostos procuram traduzir a realidade de um serviço concebido na nova lógica assistencial e serão validados a partir da aplicação em uma USF.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 2 Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:443-53.
- 3 Cohen E, Franco R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Editora Vozes; 1993.
- 4 Cericato GO, Garbin D, Fernandes, APS. A inserção da odontologia no PSF: uma revisão crítica das ações e dos critérios de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *Rev Fac Odontol* 2007; 12(3):18-23.
- 5 Ministério da Saúde. Portaria nº 493/GM de 10 de março de 2006. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados junto aos municípios, estado e Ministério da Saúde. Brasília: Ministério; 2006.
- 6 Risi Junior JB. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1049-1053.
- 7 Rede interagencial de informações para a saúde. Índice CPO-D.
<http://www.ripsa.org.br/php/index.php> (acessado em 31/Jan/2007).
- 8 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman; 2001.
- 9 Denis J, Champagne F. Análise da implantação de programas. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
- 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população, 2007.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PR.pdf> (acessado em 27/Nov/ 2007).
- 11 Prefeitura Municipal de Cambé. Dados econômicos e sociais. Cambé; 2008.
<http://www.cambe.pr.gov.br> (acessado em 31/Mar/2008).

- 12 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância em Saúde: dados e indicadores selecionados - ano 4, nº 4, nov. 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 13 Secretaria de Estado de Educação do Paraná. Programa Paraná Alfabetizado. Curitiba; 2008. <http://www.paranaalfabetizado.pr.gov.br> (acessado em 31/Mar/2008).
- 14 Nakagawa MCS. Saúde bucal no PSF: estratégia para a universalização e a integralidade no município de Cambé [Monografia]. Monografia apresentada para Premiação Científica do “VII Congresso da Rede Unida”. Curitiba; 2006.
- 15 Issao M, Ferelle A, Walter LRF. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1996.
- 16 Prefeitura Municipal de Londrina. Levantamento epidemiológico de cárie nas idades de 5 e 12 anos e fluorose dentária na idade de 12 anos, em escolares da rede pública e particular de ensino, zona urbana e rural, em Londrina, Cambé e Ibiporã – Paraná. Londrina; 2004. <http://www.saude.pr.gov.br/saudebucal> (acessado em 14/Ago/2007).
- 17 Ministério da Saúde. Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.
- 18 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 19 Conselho Federal de Odontologia. Prêmio Brasil Sorridente vai para Araguaína, Tocantins. J CFO 2006; 14(70). <http://www.cfo.org.br/jornal/n70/default.asp> (acessado em 27/Ago/2006).

- 20 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-63.
- 21 Prefeitura Municipal de Cambé, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Integral à Saúde, Divisão de Serviços Odontológicos. Protocolo de atenção odontológica no município de Cambé – PR. Cambé; 2006.
- 22 Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SC, Silva GAP. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 207-53.
- 23 Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Editora Univille; 2007.
- 24 Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC; 2001. p. 43-56.
- 25 Teixeira CF. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:572-4.
- 26 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
- 27 Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1995.
- 28 Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 113-50.

- 29 Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

- 30 Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani E, editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 22-29.

2.2 ARTIGO B

APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE ODONTOLOGIA EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMBÉ, PARANÁ. *

Application of strategy evaluation in public dental health services in Family Health Care Unit in Cambé, Paraná.

Avaliação de serviço de odontologia.

AUTORES

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO

Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Saúde Coletiva.

LUIZ CORDONI JÚNIOR

Universidade Estadual de Londrina - Centro de Ciências da Saúde.

Departamento de Saúde Coletiva.

CORRESPONDÊNCIA:

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO

Rua Nilo Peçanha, 136.

CEP - 86062-650 – Londrina, Paraná, Brasil

E-Mail: veracarvalho11@hotmail.com

Fones: (43) 3348 3807 e (43) 9156 0678

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (bolsa).

LOCAL

* Trabalho realizado no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, baseado em dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Avaliação de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná”.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é apresentar a aplicação de uma estratégia de avaliação de serviço público de odontologia em uma Unidade Saúde da Família (USF). A metodologia utilizada foi o estudo de caso histórico-organizacional. Para o planejamento da avaliação foram desenvolvidos o modelo-lógico do serviço e uma matriz que apresenta duas dimensões de análise, doze critérios, vinte e quatro indicadores, pontuações, parâmetros e fontes de informações. A coleta de dados foi realizada entre maio e julho de 2007. A pontuação geral obtida para a USF avaliada foi classificada como “aceitável”, em escala de parâmetros de quatro classes (crítico, regular, aceitável e satisfatório). O número de primeira consulta odontológica programática encontrado nos registros do Sistema de Informações Ambulatoriais apresentou 43% de sub-registro quando comparada aos relatórios de produção individual dos profissionais. No município de Cambé, ao incluir a população adulta no atendimento, o serviço precisou ser reorganizado. O comprometimento dos sujeitos com o novo modo de se praticar a odontologia está sendo conquistado à medida que o processo de trabalho vai sendo discutido, avaliado e aprimorado.

Descritores: Odontologia em Saúde Pública; Avaliação de Serviços de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação de Processos e Resultados; Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this article is implementing of strategy of evaluation in public dental health services in a Family Health Care Unit. The methodology carried out was a historical – organizational case study. For evaluation planning a theoretical model of the service was developed and a matrix that presents two-dimensional analysis, twelve criteria, twenty-four indicators, punctuation, parameters and sources of information. The period of data collecting was May to July, 2007. The general scores obtained by the evaluated USF was classified as "acceptable", in four classes of parameters (critical, regular, acceptable and satisfactory). The figure for first consultation program found in the dental records of the Ambulatorial Information System showed a 43% sub-registry when compared to the individual production records of the professionals. One can say that, in Cambé, in order to expand access for the adult population, the whole service had to be reorganized. The engagement of the subject to a new way of practicing dentistry is being conquered as the work process is being discussed, evaluated and improved.

Keywords: Public Health Dentistry; Health Services Evaluation; Program Evaluation; Outcome and Process Assessment (Health Care); Family Health.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é caracterizada por um processo histórico iniciado na década de 70, com a Reforma Sanitária, cuja característica foi o início da formulação teórico-conceitual e de exemplos de experiências municipais de reorganização do serviço público. A década de 80 assiste à viabilização política deste sistema tendo como principais acontecimentos a “VIII Conferência Nacional de Saúde” e a formulação da Constituição Federal. Já na década seguinte, o desafio era a consolidação do SUS por meio de leis ordinárias e de normas operacionais ¹.

As Normas Operacionais Básicas orientaram o desenvolvimento e a implementação de uma política descentralizadora na área da saúde. A necessidade de gerenciamento do sistema trouxe maior responsabilidade aos gestores locais de saúde. Estes tiveram de adquirir conhecimentos administrativos anteriormente dominados somente por setores das administrações estaduais e federal. Tornaram-se responsáveis pelos recursos repassados e deveriam exercer mais controle sobre eles. Este processo foi importante para dar início à ampliação dos setores de controle, avaliação e auditoria dos municípios ².

Desde a portaria n. 699/06 de 30 de março de 2006 do MS, ocorre a construção do “Pacto pela Vida”, na tentativa de substituir a excessiva normatização e a lógica da habilitação por outra, de adesão e compromisso com resultados ³. Os gestores assumem ações em torno de prioridades pactuadas, que deverão apresentar impacto na situação de saúde da população. Neste sentido, o planejamento, a integração com o orçamento, a gestão participativa e a avaliação passam a ser estratégicos.

A institucionalização da avaliação nos serviços de saúde é um desafio para a gestão do SUS e vem sendo debatida pela sociedade brasileira ^{4, 5, 6}. Segundo Felisberto ⁶, os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais que não produziram orientação para a gestão.

Portanto, ainda há a necessidade de desenvolvimento e aplicação de instrumentos de avaliação que tenham mais alcance e permitam sua aplicação em múltiplos locais e experiências. Para que haja fortalecimento do debate, é desejável que tais instrumentos tenham, como ponto de partida, metodologias de avaliação já utilizadas por outros pesquisadores, tais como avaliações dirigidas pela teoria do programa ^{7, 8}.

O objetivo deste estudo é aplicar estratégia de avaliação em serviço público de odontologia em uma USF no município de Cambé, Paraná, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso histórico-organizacional. Segundo Yin⁹, esta modalidade de pesquisa é caracterizada pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos. No estudo de caso único, do tipo crítico, o pesquisador confronta um modelo-teórico com uma realidade empírica, oferecendo conclusões que poderão eventualmente servir para explicar situações análogas¹⁰.

O local de estudo foi o município de Cambé situado ao norte do Paraná. Possui uma área total de 495 Km² e apresenta população de 92.880 habitantes¹¹, além de uma rede de serviços públicos de saúde composta por dois hospitais, 12 unidades de Saúde da Família (uma delas com atendimento 24 horas), nas quais atuam 24 equipes de Saúde da Família, sendo 20 com Equipe Saúde Bucal (ESB) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Neste município, o serviço de odontologia começou a se organizar em 1983, a partir da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), por meio do programa incremental¹². Posteriormente, houve a inclusão de pré-escolares e bebês, sendo a primeira experiência de Clínica do Bebê na rede pública nacional¹³. O programa Infanto-juvenil contemplava crianças a partir de 24 meses com previsão de acompanhamento até 21 anos¹².

O município obteve conquista significativa com a cobertura odontológica para crianças e jovens na área de saúde bucal, exemplificada pela redução do CPO-D (Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados) para a idade de 12 anos, decrescendo de 8,0 em 1983 para 0,9 em 2004¹⁴. Porém, a população adulta tinha acesso somente ao serviço de emergência de duas unidades de saúde. Neste contexto, surgiram nas conferências municipais de saúde reivindicações para a ampliação do serviço, o que veio a ocorrer em 2005.

No ano de 2006, Cambé recebeu o terceiro lugar na primeira edição do “Prêmio Brasil Sorridente/Conselhos de Odontologia”, uma parceria entre o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e o Ministério da Saúde (MS)¹⁵, o que evidencia a importância do serviço público odontológico de Cambé no cenário nacional.

Para a aplicação da avaliação foi selecionada a USF do Jardim Novo Bandeirantes por apresentar as seguintes características: 1) Ser considerada por profissionais e dirigentes a unidade mais organizada; 2) A equipe de saúde da família oferece atendimento a

toda área de abrangência da unidade; e 3) Os profissionais que atuam na unidade participaram do desenvolvimento do Protocolo de Atenção Odontológica do município¹⁶.

Foram coletados dados sobre a população através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para o planejamento da avaliação, foi desenvolvido o modelo-lógico do programa. Partiu-se do modelo proposto por Vieira-da-Silva et al.¹⁷, que corresponde à definição de uma imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde em municípios do Brasil. Para a adequação do modelo à realidade pesquisada, foram obtidas informações a partir da triangulação de métodos (observação, análise documental e entrevistas)^{8,9}. A proposta de organização ideal do serviço odontológico para esta unidade pode ser visualizada no apêndice A.

Após a definição do modelo-lógico, foi desenvolvida uma matriz que apresenta as dimensões de análise, os critérios, os indicadores, as pontuações e os parâmetros que foram utilizados para a avaliação, bem como as respectivas fontes de informações a serem consideradas (Apêndice E). Os seguintes critérios de seleção de indicadores foram utilizados: simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminabilidade e cobertura¹⁸.

No intuito de avaliar se o modelo inicialmente produzido representava a lógica do programa e de envolver os sujeitos no desenvolvimento dos indicadores que seriam utilizados na avaliação, foram realizadas três oficinas de trabalho¹⁹ no decorrer do processo.

Entre outros indicadores, foram selecionados: cobertura de primeira consulta odontológica programática, proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais e cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada. Este grupo constitui indicadores pactuados para avaliação da atenção básica propostos pelo Ministério da Saúde na portaria n. 493/GM de 10 de março de 2006²⁰. Para o presente estudo utilizaram-se modificações nos denominadores, uma vez que o MS utiliza informações do IBGE e, neste trabalho, foram utilizados dados do SIAB por serem considerados mais fidedignos e atualizados. O SIAB subsidia o planejamento das ações de saúde do município.

Para a pontuação da matriz foram usadas as seguintes fontes de informações: entrevistas, checagem de registros e diário de campo. A aferição da pontuação foi feita a partir dos percentuais obtidos. Para o caso de resultados obtidos por escore foi utilizada a seguinte fórmula para convertê-los em percentuais:

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

O indicador proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais proposto não foi convertido em percentual para que possa ser comparado com resultados obtidos em outras avaliações.

Para a conclusão acerca da qualidade de cada indicador, foi utilizada a seguinte classificação: 0) Crítico; 1) Regular; 2) Aceitável; e 3) Satisfatório. Os percentuais que demarcam os parâmetros da classificação para cada indicador podem ser visualizados no apêndice E.

Torna-se importante ressaltar que os indicadores apresentam pontos de cortes diferenciados que foram estabelecidos por consenso nas oficinas de trabalho. Sendo que, para os indicadores propostos pelo MS²⁰, os valores de referência foram os pactuados pelo município para o ano de 2006.

Para se obter a qualidade final do serviço odontológico da USF, foram somados os escores de todos os indicadores, sendo: Crítico = 0; Regular = 1; Aceitável = 2; e Satisfatório = 3, e aplicada a fórmula acima citada para obtenção do percentual final, o qual obedeceu aos seguintes parâmetros: Crítico entre 0 e 24%; Regular entre 25 e 49%; Aceitável entre 50 e 74%; e Satisfatório entre 75 até 100%.

Um roteiro de coleta de dados (Apêndice F) contendo campos para preenchimento das informações necessárias para compor os indicadores foi construído baseado na matriz. Este instrumento foi testado em uma USF que não faria parte da avaliação e recebeu ajustes.

A coleta foi iniciada no mês de maio de 2007 e se estendeu até o mês de julho do mesmo ano.

Os dados coletados se referem a 18 meses de funcionamento do programa, com exceção dos indicadores propostos pelo MS²⁰, que foram coletados para um período de 12 meses, permitindo a comparação com resultados de avaliações realizadas e pactuações estabelecidas em outras regiões do país.

Uma planilha foi construída no aplicativo *Microsoft Excel 2003* para análise dos dados. Verificaram-se as frequências obtidas e, a partir dos parâmetros préestabelecidos, analisaram-se os resultados da avaliação.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), conforme o parecer CEP 252/06 (Anexo B).

RESULTADOS

A população residente no Jardim Novo Bandeirantes, segundo o SIAB, é de 10.070 habitantes, sendo que, nesta área de abrangência, há 2.606 famílias cadastradas.

O número de primeira consulta odontológica programática encontrado nos registros do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) foi de 953 consultas e nos relatórios de produção individual dos profissionais foi de 2.221, o que corresponde a 43% de sub-registro. Não houve diferença considerável de registro (menos de dez casos) para o número de procedimentos odontológicos básicos individuais e para média anual de pessoas participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada.

A pontuação obtida para a USF foi “aceitável” com o valor de 69,3%.

As pontuações obtidas na avaliação para a primeira dimensão de análise, ou seja, a que avalia o serviço considerando os sujeitos envolvidos nas práticas de atenção à saúde, podem ser visualizadas na figura 3.

Para a segunda dimensão de análise, a que considera a organização do serviço, os resultados da avaliação estão apresentados nas figuras 4 e 5, sendo que na figura 3 encontram-se indicadores pactuados para avaliação da atenção básica²⁰, e na figura 4, indicadores complementares propostos nas oficinas de trabalho.

Critério	Indicador	Pontuação			
		Crítico	Regular	Aceitável	Satisfatório
Uso do protocolo	Profissionais conhecem e aplicam protocolo	-	-	-	85,7
Adequação do quadro técnico às necessidades do serviço	Houve esclarecimento para uso do protocolo	-	-	71,4	-
	Houve treinamento para registro de informações	0,0	-	-	-
	Profissionais participam das oficinas de EPS	-	-	-	100,0
Integração da equipe (PSF/ESB)	ESB está presente nas reuniões realizadas na USF no mês	-	-	-	100,0
	Práticas com equipes multidisciplinares	-	40,0	-	-
Adesão dos agentes às práticas	Profissionais se sentem participantes do processo de gestão	-	-	57,1	-
	Profissionais se sentem satisfeitos com o seu trabalho e prazer em desenvolvê-lo	-	-	71,4	-

Figura 3 – Quadro com as pontuações obtidas na avaliação da organização do serviço de uma Equipe Saúde Bucal, por meio de indicadores que consideram a participação dos sujeitos, Cambé, PR, 2007.

Critério	Indicador	Pontuação			
		Crítico	Regular	Aceitável	Satisfatório
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	nº. total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/População no mesmo local e período (x 100)	-	-	22,1	-
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	nº. procedimentos odontológicos básicos individuais realizadas em determinado local e período/População no mesmo local e período	-	-	1,8	-
Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada	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)	-	-	3,8	-

Figura 4 – Quadro com as pontuações obtidas na avaliação da organização do serviço de uma Equipe Saúde Bucal, por meio de indicadores pactuados para avaliação da atenção básica, Cambé, PR, 2007.

Critério	Indicador	Pontuação			
		Crítico	Regular	Aceitável	Satisfatório
Diagnóstico de demanda	nº. cadastros/nº. de famílias SIAB (x 100)	-	-	-	64,1
	nº. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN/nº. de cadastros não convocados para tratamento (x 100)	-	-	-	97,3
	nº. cadastros analisados pelo CD/nº. de cadastros (x 100)	-	-	-	97,1
	nº. cadastros arquivados de acordo com protocolo/nº. de cadastros (x 100)	-	34,9	-	-
Atendimento domiciliar (visita puerperal)	nº. de visitas puerperais/nº. de nascidos vivos da região (x 100)	-	-	71,1	-
Atendimento às gestantes	nº. de TC em gestantes/nº. de gestantes atendidas pelo programa (x100)	-	-	48,0	-
Atendimento às famílias	nº. famílias convocadas/nº. de famílias SIAB (x 100)	-	-	5,3	-
	nº. famílias que tiveram TC/nº. de famílias SIAB (x 100)	-	-	3,6	-
	nº. famílias que tiveram TC/nº. de famílias convocadas (x 100)	-	-	68,6	-
Atendimento aos indivíduos	nº. de indivíduos com TC/nº. de indivíduos SIAB (x100)	-	-	3,6	-
	nº. de indivíduos com TC/nº. de indivíduos convocados (x100)	-	-	-	62,2
	nº. indivíduos menores de 19 anos com TC/nº. de indivíduos menores de 19 anos no programa (x100)	-	-	-	76,8
	nº. indivíduos maiores de 19 anos com TC/nº. de indivíduos maiores de 19 anos no programa (x100)	-	-	45,8	-

Figura 5 – Quadro com as pontuações obtidas na avaliação da organização do serviço de uma Equipe Saúde Bucal, por meio de indicadores complementares propostos em oficinas de trabalho, Cambé, PR, 2007.

DISCUSSÃO

O primeiro aspecto avaliado foi o “conhecimento e aplicação do protocolo” pelos profissionais da saúde (Figura 3). Arretche²¹ sugere que a primeira pergunta a ser feita em uma avaliação é se os agentes implementadores conhecem o programa e a segunda, se há a aceitação dos objetivos e regras do mesmo. O fato de o resultado ter sido “satisfatório” demonstra o empenho dos profissionais em se conhecer e se cumprir os objetivos estabelecidos. Segundo informações dos participantes da oficina, o protocolo foi amplamente discutido e somente após a validação por todas as equipes de saúde bucal é que foi adotado como rotina para o atendimento.

Os participantes da oficina declararam que, de fato, o protocolo foi construído coletivamente, porém, na avaliação os profissionais consideraram que não houve um esclarecimento satisfatório para a utilização (Figura 3), o que remete à necessidade de se ampliar os espaços de discussão do mesmo. Este é um instrumento que apresenta o modo de se organizar o processo de trabalho. Segundo Campos²², seria impossível se imaginar qualquer prática que não se baseasse em modelos teóricos de atuação, pois poderia se suceder um agir errático. O que o autor enfatiza é a necessidade de se lidar com o sistema de referência de forma crítica, sempre o confrontando com a realidade, com novas necessidades e com os desejos dos sujeitos e dos coletivos.

Campos²² propõe a reconstrução operacional dos modos para se fazer co-gestão de instituições constituindo sujeitos com capacidade de análise e de intervenção. Segundo ele, para se alcançar este objetivo, tornam-se necessárias reformas tanto de estruturas da organização como no modo de funcionamento. O autor se refere à construção de espaços coletivos que estimulem e facilitem a participação de outros agentes que não apenas aqueles com função de direção.

Com o intuito de proporcionar aos trabalhadores espaço de discussões, a cada três meses a Secretaria Municipal de Saúde oferece aos profissionais a possibilidade de participarem de uma oficina de Educação Permanente em Saúde (EPS)²³. Na presente avaliação, os profissionais declararam participar de todas as oficinas de EPS, bem como das reuniões semanais da equipe de Saúde da Família (Figura 3).

No entanto, a avaliação comprovou uma prática “regular” de atividades multidisciplinares com a população (Figura 3). Isto demonstra que há dificuldade da ESB de se integrar à equipe de Saúde da Família no momento de executar as tarefas em grupos. Esta

informação reforça os resultados da avaliação da inclusão da odontologia no PSF do Paraná, em que os autores declararam que o atraso na inserção da odontologia pode ter acarretado possíveis prejuízos na integração dos profissionais da equipe²⁴.

A iniciativa do município em oferecer as oficinas de EPS e proporcionar encontros semanais da equipe pode ter contribuído para que estes se sentissem participantes do processo de gestão e satisfeitos com o seu trabalho de maneira “aceitável” (Figura 3). Uma forma de contribuição para se obter um resultado “satisfatório” seria reforçar a necessidade do trabalho em equipe, garantindo uma pluralidade de olhares e saberes para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários. No entanto, a simples reunião de profissionais com diferentes formações não garante que este objetivo seja alcançado. Ao contrário, pode-se obter práticas justapostas, enquanto o objetivo é que existam pontos de confluência e que as interfaces entre as profissões sejam valorizadas²⁵.

No desenvolvimento dos indicadores, os profissionais do serviço discutiram quais informações poderiam ser utilizadas para aferir a qualidade do serviço e em quais bancos de dados estas deveriam ser obtidas. Segundo Branco²⁶, a partir da década de 80, houve um avanço conceitual no discurso oficial do MS com relação à política de informação em saúde no país, o qual, sem abandonar a perspectiva administrativa e racional, passou a enfatizar a importância da informação ao processo decisório, para a formulação e avaliação de políticas e para a melhoria das condições de vida da população.

Na presente avaliação, os profissionais afirmaram não terem tido treinamento para registrar as informações produzidas em seu dia-a-dia (Figura 3). Este resultado está de acordo com Barbosa²⁷, quando refere que ao se avaliar o manuseio dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) utilizados em unidades do município de Ribeirão Preto, concluiu-se que há a necessidade de se intensificar o processo de capacitação das equipes quanto à coleta, ao registro e à análise de dados.

As informações para compor o numerador do indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática, apontaram falhas no registro da informação. O banco de dados selecionado, à priori, foi o SIA-SUS, que, no entanto, quando comparado ao relatório de produção individual de cada profissional demonstrou diferença de 43% de sub-registro. Portanto, para compor o indicador, foi selecionada a fonte mais confiável, ou seja, o relatório individual de cada profissional.

Os indicadores cobertura de primeira consulta odontológica programática, proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais e cobertura de ação coletiva

escovação dental supervisionada forneceram resultados que foram pactuados pela equipe de saúde para o ano de 2006 (Figura 4). A pactuação é um importante momento para se discutir metas, objetivos e prioridades de ações de serviço, baseando-se na realidade local³. Na presente avaliação, cada indicador foi classificado como “aceitável”, portanto apresentaram resultados abaixo do pactuado pelo município (Figura 4). Este fato provavelmente ocorreu por ser o primeiro ano de funcionamento do programa, quando a equipe não tinha o parâmetro da sua realidade local. Os valores pactuados estão semelhantes à meta nacional para 2007, que apresentou valores de 30; 2,5; 5 respectivamente²⁸, mas acima dos valores pactuados em 2006 para o estado do Paraná de 16,5; 0,95; e 0,25 respectivamente²⁹.

Quanto ao diagnóstico da demanda, a avaliação demonstrou uma participação “satisfatória” do Agente Comunitário de Saúde no cadastramento da população para o atendimento. Conforme figura 4, mais de 60% da população já está cadastrada e os cadastros apresentam qualidade de preenchimento. Na ficha de cadastramento constam informações auto-referidas sobre saúde geral e bucal, informações sobre condições de vida, sobre o domicílio, número de membros da família, entre outras, que permitem determinar risco social e risco biológico para as doenças bucais. A avaliação mostrou que os dentistas realizam a análise dos cadastros, porém não os arquivam como determina o protocolo, demonstrando pontuação “regular” (Figura 5). No protocolo constam os critérios, baseados em princípios de equidade, para a convocação das famílias para o atendimento.

Os profissionais devem considerar os critérios de equidade de maneira mais sistematizada, uma vez que este é o motivo pelo qual não são convocadas todas as famílias ao mesmo tempo. Se não houver um bom planejamento, a USF não terá estrutura para suprir a demanda acumulada por décadas de uma odontologia excludente. Conforme os resultados do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal dos brasileiros, denominado “SB Brasil 2003”, para mais de 60% dos indivíduos na faixa etária entre 65 e 74 anos, o índice CPO-D foi igual a 32, sendo que o componente perdido foi responsável por quase 93% do índice neste grupo³⁰. Segundo Caldas Júnior et al.³¹, o elevado número de edêntulos mostra um reduzido efeito das formas de planejamento da atenção à saúde bucal, que acontecem de maneira excludente e que as medidas para se evitar esta condição inexisteram ou fracassaram integralmente para a população adulta.

Cambé, ao assumir as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal³², estabeleceu o compromisso dos gestores de reverter este quadro e proporcionar uma melhor

administração dos serviços de saúde bucal. As diretrizes incorporam a Saúde da Família como estratégia na reorganização da atenção básica³². Santana & Carmagnani³³, ao analisarem o PSF no Brasil, afirmam que, como toda proposta, existem os pontos favoráveis e desfavoráveis. Se, por um lado, o território de abrangência definido facilita as ações de vigilância epidemiológica, dá condições à realização de um diagnóstico situacional, tornando propício um planejamento efetivo baseado na realidade existente, por outro, tende a limitar as atividades às famílias cadastradas. Para atenuar tal possível situação, a USF oferece atendimento à demanda espontânea. O inconveniente é que, neste caso, os indivíduos terão de aguardar em filas, tendo de comparecer à unidade de saúde muito cedo, e o atendimento se limitará a resolver a queixa principal.

A visita domiciliar realizada pela equipe obteve pontuação “aceitável” (Figura 5). Considerando que, para se avaliar esta atividade, foi selecionada a visita puerperal. Esta pontuação deve ser discutida e melhorada pela equipe, uma vez que a gestante e o bebê são priorizados desde 1987, em razão da implantação da Clínica do Bebê¹³. Quanto ao atendimento às gestantes, o número de Tratamento Concluído (TC) está “aceitável” (Figura 5), uma vez que neste período o abandono do tratamento ocorre com frequência, provavelmente por desconfortos, como náusea, vômito, aumento da frequência urinária, hipotensão postural, entre outros; e também há o mito de que nesta fase não se deva se submeter a tratamento odontológico³⁴.

Quanto ao indicador atendimento às famílias, a USF apresenta resultado “aceitável” (Figura 5). Segundo Roncalli et al.³⁵, a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da odontologia essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório. Para este autor, é importante que as experiências de introdução da saúde bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do cirurgião dentista, mas que produzam um ganho no sentido do reordenamento da prática odontológica.

Para Paim³⁶, a “oferta organizada” tende a superar as formas de organização da produção de ações de saúde ainda vigentes. O que se observa na presente avaliação é que, quando o serviço tem a atitude de convocar indivíduos para o tratamento, a resposta é favorável, uma vez que os indivíduos que são convocados têm seu tratamento concluído como “satisfatório” (Figura 5). Para este autor, a unidade de saúde, além de proporcionar atenção individual, deve incrementar as ações coletivas de prevenção, o que,

para a presente avaliação, alcançou resultado “aceitável”, conforme resultado do indicador “cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada” (Figura 4).

Para os menores de 19 anos, o número de TC foi “satisfatório” e para os maiores de 19 anos foi “aceitável” (Figura 5). Tendo em vista que as equipes contam com o apoio de cirurgiões-dentistas que não aderiram ao PSF e atendem exclusivamente aos menores de 12 meses de idade e ao Programa Infanto-juvenil, o tratamento para esta população se torna mais ágil. Deve-se ressaltar a importância desta equipe de apoio uma vez que, ao adotar a ESF, estabeleceu-se que o atendimento à demanda de programas pré-existentes deveria ser mantido.

Moreti & Nakagawa³⁷ observaram, em avaliação do desempenho das equipes de saúde bucal do município de Cambé no ano de 2007, que em quase todas as equipes o maior número de vagas era destinado aos bebês e às crianças, comparando-se com a soma de adultos e gestantes. Isto ocorre uma vez que um dos critérios de equidade do protocolo de atenção odontológica¹⁶ prioriza as famílias com maior número de filhos.

Somado-se a isto, os profissionais alegam que a dificuldade para a conclusão do tratamento em indivíduos maiores de 19 anos se deve ao acúmulo de necessidades nesta faixa etária, demandando maior número de sessões, bem como o horário de atendimento da USF, que limita o acesso daqueles que trabalham em horário comercial.

Para Roncalli³⁸, a implementação de modelos públicos de saúde bucal com base no SUS é carregada de desafios, devido à dificuldade de se romper com práticas arraigadas no seio da profissão. Deve-se manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados, sem comprometer a universalidade e conservar as características de um sistema eficaz e resolutivo.

Tendo em vista que a população adulta não pode mais ficar à margem do sistema, a odontologia deve incorporar os princípios do SUS e o PSF deve ser tomado como estratégia. A questão dos recursos humanos e a relação de trabalho imposta pelo PSF, que atualmente, mais o caracterizam como modelo paralelo³⁹, devem ser superadas.

A pontuação obtida pela USF, considerada “aceitável”, foi discutida com a equipe. Observa-se que o comprometimento dos sujeitos com o novo modo de se praticar a odontologia está sendo conquistado à medida que o processo de trabalho vai sendo discutido, avaliado e aprimorado.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni Junior L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2001. p. 27-59.
2. Di Colli L. A gestão plena do sistema municipal: uma avaliação em Apucarana-PR. [Dissertação de mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2006.
3. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur measure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:229-60.
5. Bodstein R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 401–12.
6. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:553-63.
7. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
8. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman; 2001.
10. Denis J, Champagne F. Análise da implantação de programas. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2007. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PR.pdf> (acessado em 27/Nov/ 2007).
12. Nakagawa MCS. Saúde bucal no PSF: estratégia para a universalização e a integralidade no município de Cambé [Monografia]. Monografia apresentada para Premiação Científica do VII Congresso da Rede Unida, Curitiba; 2006.
13. Issao M, Ferelle A, Walter LRF. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1996.
14. Prefeitura Municipal de Londrina. Levantamento epidemiológico de cárie nas idades de 5 e 12 anos e fluorose dentária na idade de 12 anos, em escolares da rede pública e particular de ensino, zona urbana e rural, em Londrina, Cambé e Ibiporã – Paraná. Londrina; 2004. <http://www.saude.pr.gov.br/saudebucal> (acessado em 14/Ago/2007).
15. Conselho Federal de Odontologia. Prêmio Brasil Sorridente Vai para Araguaína, Tocantins. J CFO. <http://www.cfo.org.br/jornal/n70/default.asp> (acessado em 27/Ago/2006).
16. Prefeitura Municipal de Cambé, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Integral à Saúde, Divisão de Serviços Odontológicos. Protocolo de atenção odontológica no município de Cambé – PR. Cambé; 2006.
17. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SC, Silva GAP. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 207-53.
18. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 4163.

19. Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Editora Univille; 2007.
20. Ministério da Saúde. Portaria n. 493/GM de 10 de março de 2006. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados junto aos municípios, estado e Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP; 2001. p. 43-56.
22. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
23. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Baldani MH, Fadel CB, Possaimai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21:1026-35.
25. Gomes RS, Pinheiro R, Guizardi FL. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. p. 105-16.
26. Branco MA F. Informações em saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
27. Barbosa, DCM. Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto / SP [Dissertação de Mestrado] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.

28. Ministério da Saúde. Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Diário Oficial da União 2007; 16 jan.
29. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Aplicativo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde; 2006. <http://www.saude.gov.br/sispacto> (acessado em 28/Nov/2007).
30. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
31. Caldas Júnior AF, Caldas KU, Oliveira MRM, Amorim A A, Barros PMF. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos, Rev Ciências Médicas 2005; 14:229–238.
32. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
33. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde Soc 2001; 10:33-53.
34. Codato LAB. Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepções e representações de gestantes [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Londrina; 2005.
35. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Rev Ação Coletiva 1999; 2:9-14.
36. Paim J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003; p. 473- 487.

37. Moreti EBF, Nakagawa MCS. Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde Bucal. Cambé – PR, 2007. [Monografia de Especialização]. Londrina: Centro Universitário Filadélfia; 2007.
38. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2000.
39. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003; p. 28-49.

PARTE III
CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFERÊNCIAS DA PARTE I

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca da resposta ao meu questionamento inicial concluí que, de fato, o município de Cambé apresenta um serviço que almeja atender aos princípios do SUS e que a proposta de organização do serviço odontológico está compatível às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Ao adotar a ESF, o município produziu uma reorientação das práticas em saúde bucal, visto que, para se oferecer atendimento à população adulta, todo o serviço teve de ser reorganizado.

A implantação do PSF está ocorrendo de forma crítica uma vez que o município se deixou avaliar e participou ativamente do processo.

Foi possível verificar que a utilização dos indicadores propostos pelo MS, em conjunto com indicadores selecionados na literatura, e acrescentando alguns desenvolvidos com a participação dos trabalhadores do serviço de odontologia local, tornou possível o planejamento de uma avaliação abrangente e realista.

A metodologia utilizada, que privilegia a participação dos sujeitos no processo de planejamento da avaliação, proporcionou uma avaliação formativa. Os resultados desta pesquisa já foram apresentados e discutidos no município de Cambé, gerando avanços na discussão da utilização e otimização do protocolo, bem como na questão da informação em saúde.

Conforme o exposto, a população adulta não pode mais ficar à margem da odontologia. Sugere-se, então, que os profissionais desta área incorporem os princípios do SUS e o PSF seja tomado como estratégia.

A reorientação das práticas em saúde bucal, o planejamento das ações de saúde, a organização do serviço, a institucionalização da avaliação, bem como metodologias para sua viabilização são temas que devem ser discutidos em outros serviços que buscam a integralidade e em espaços de formação de profissionais para o SUS, desde a graduação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1444 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, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Vigilância em saúde**: dados e indicadores selecionados – ano 4, n. 4, nov. 2006. Brasília, DF, 2006c.

CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 229-238, 2005.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. **Dados econômicos e sociais**. 2008. Disponível em: <http://www.cambe.pr.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2008.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Integral à Saúde. Divisão de Serviços Odontológicos. **Protocolo de atenção odontológica no município de Cambé – PR**. Cambé, 2006.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2001. p. 27-59.

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

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Prêmio Brasil Sorridente vai para Araguaína, Tocantins. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, ano 14, n. 70, jan./fev. 2006. Disponível em: http://www.cfo.org.br/jornal/n70/premio_brasil_sorridente01.asp. Acesso em: 27 ago. 2006.

- CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. 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. 29-47.
- 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.
- DI COLLI, L. **A gestão plena do sistema municipal**: uma avaliação em Apucarana-Pr. 2005.119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PR.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2007.
- ISSAO, M.; FERELLE, A.; WALTER, L. R. F. **Odontologia para o bebê**: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1996.
- LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Levantamento epidemiológico de cárie nas idades de 5 e 12 anos e fluorose dentária na idade de 12 anos, em escolares da rede pública e particular de ensino, zona urbana e rural, em Londrina, Cambé e Iporã – Paraná**. Londrina, 2004. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/saudebucal>. Acesso em: 14 ago. 2007.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set/out. 2004.
- 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. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- NAKAGAWA, M. C. S. **Saúde bucal no PSF**: estratégia para a universalização e a integralidade no município de Cambé. 2006. 22f. Monografia apresentada para Premiação Científica do VII Congresso da Rede Unida, Curitiba, 2006.
- NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2001.
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 141-7, 2006. n. especial
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. **Programa Paraná Alfabetizado**. Disponível em: <http://www.paranaalfabetizado.pr.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2008.
- PINTO, V. G. **Saúde bucal**: odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos, 1989.
- PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 28-49.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento da estratégia da saúde da família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão. 2005. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

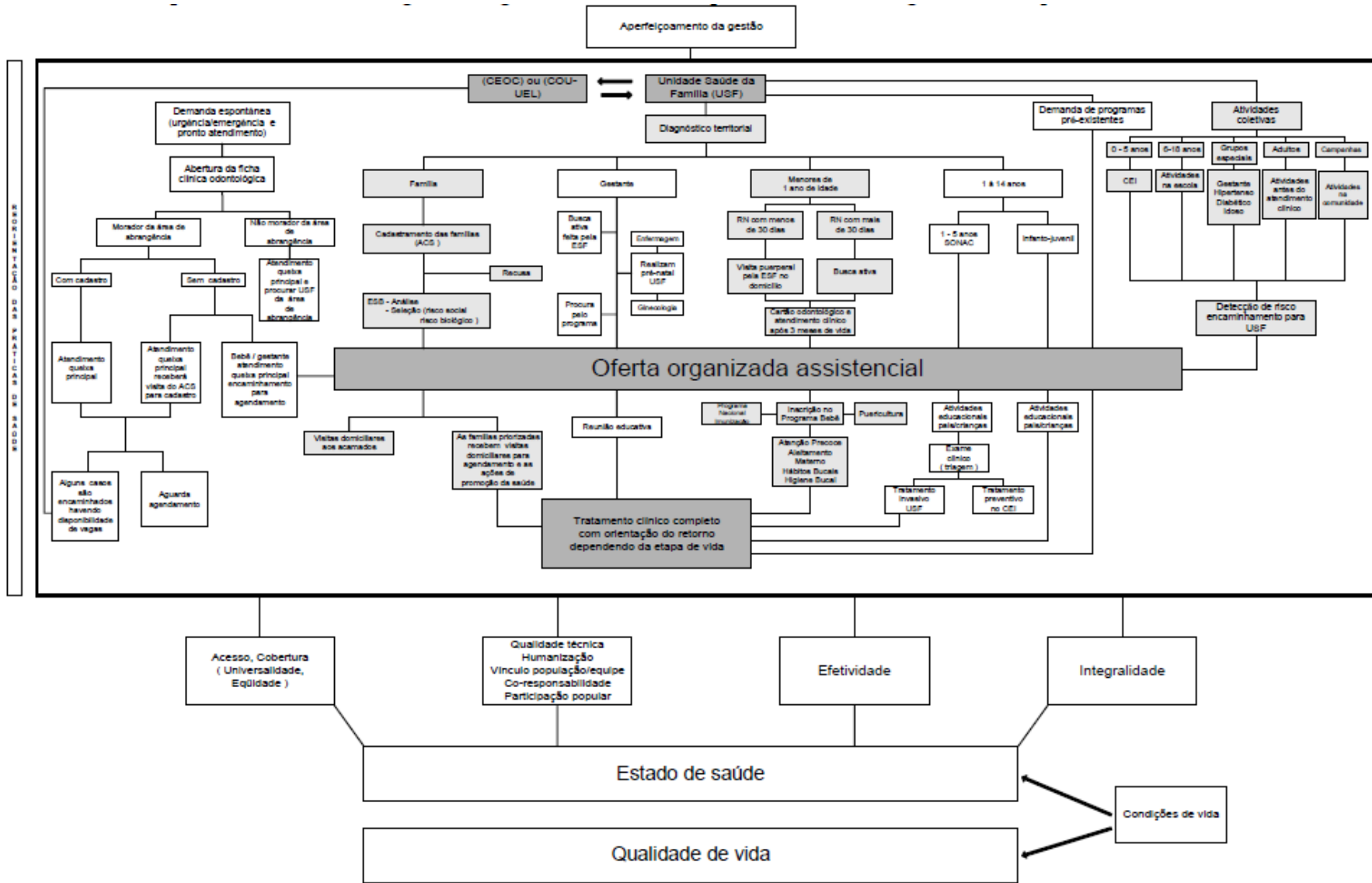
VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./abr., 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.(Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

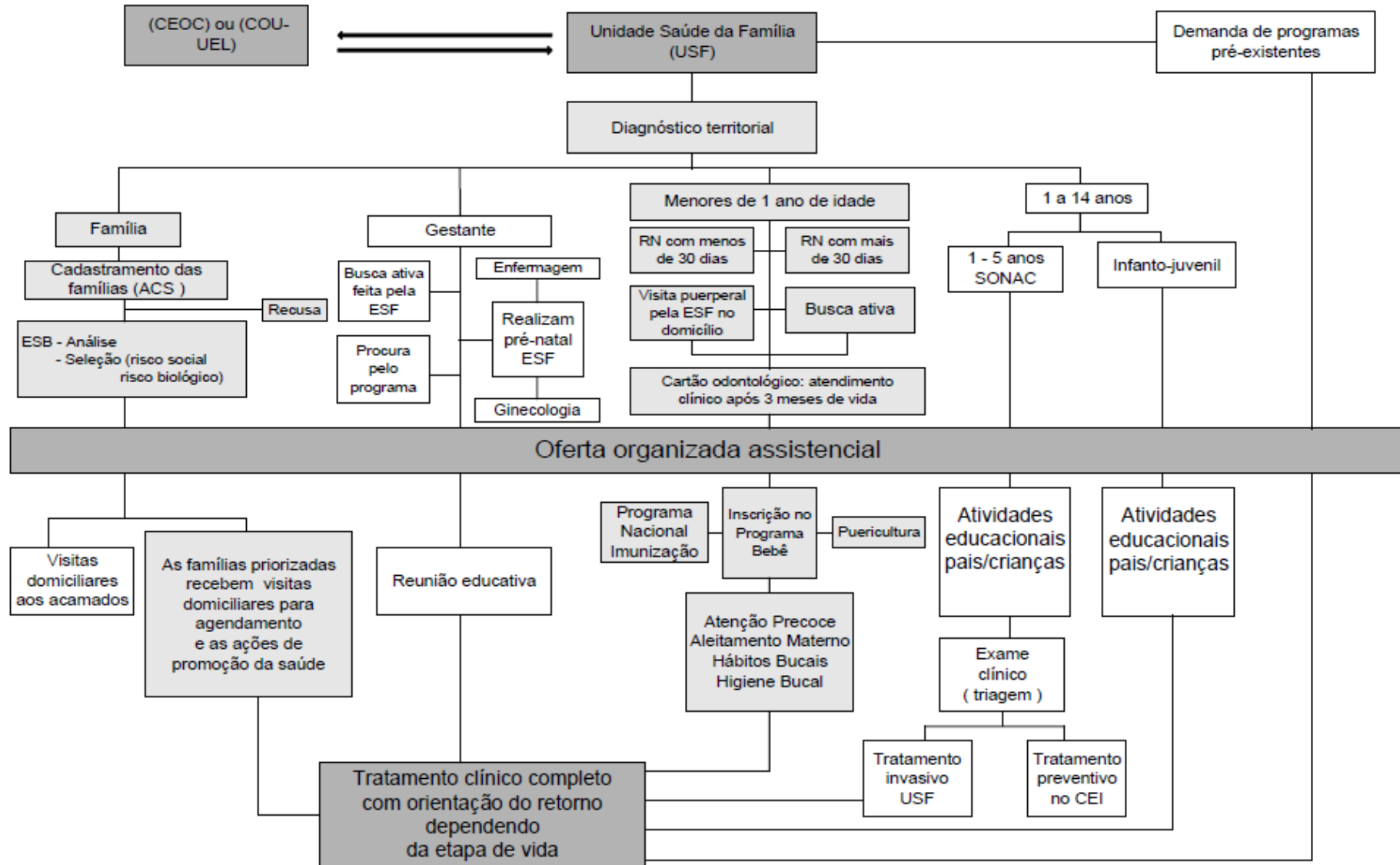
YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

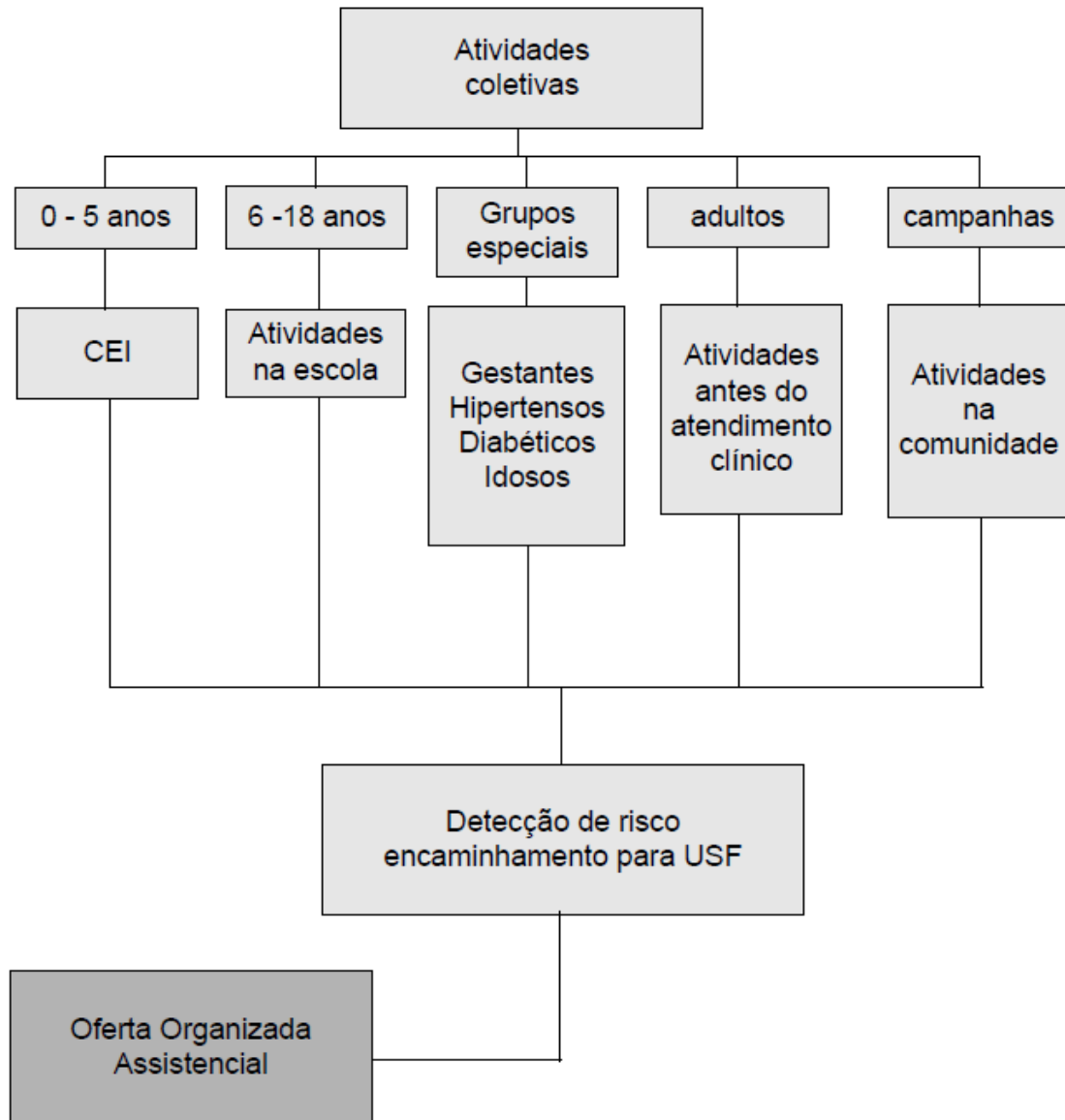
APÊNDICE A – Modelo-lógico da organização do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007.



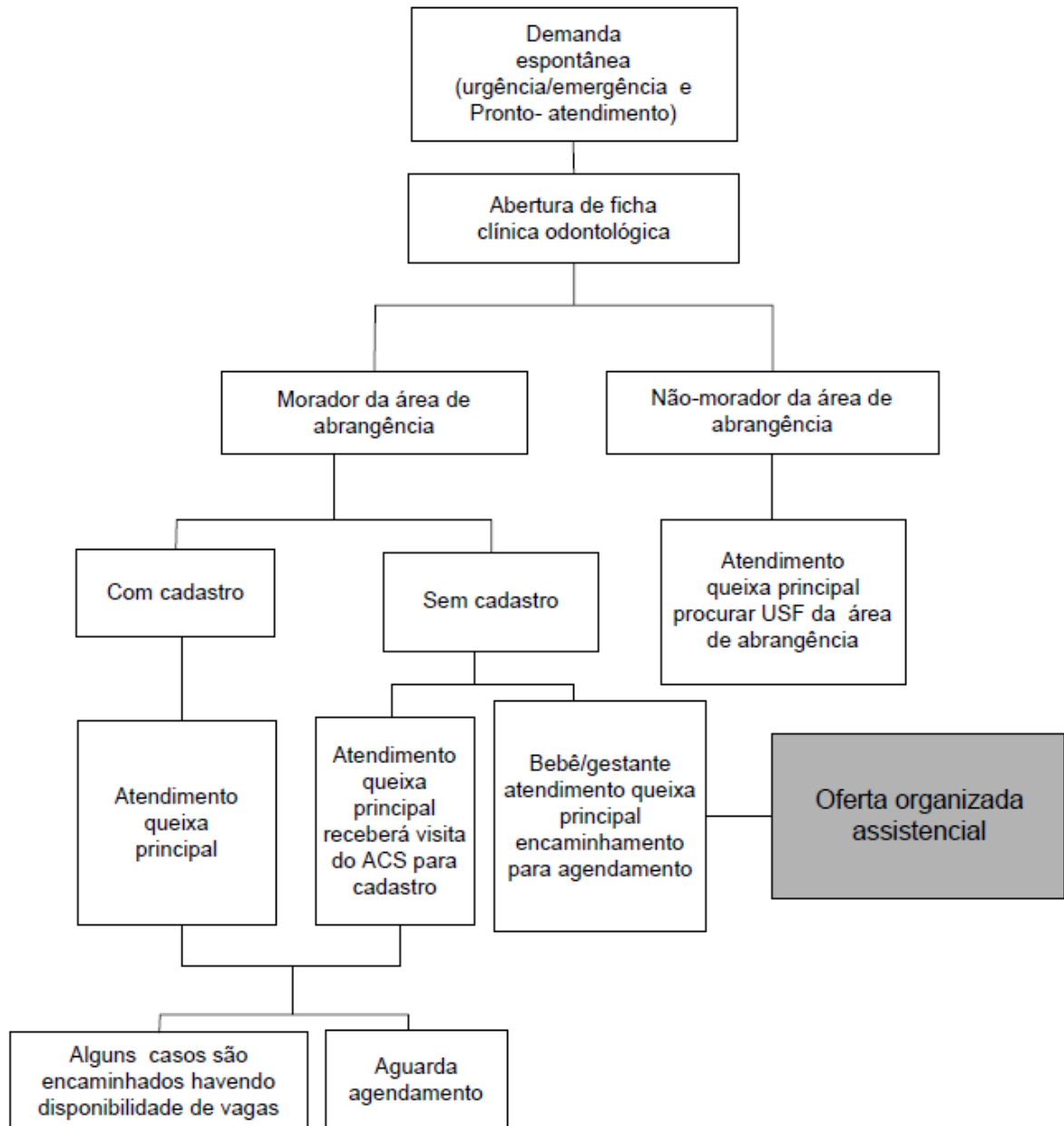
APÊNDICE B – Modelo-lógico da oferta organizada assistencial do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007.



APÊNDICE C – Modelo-lógico das atividades coletivas do serviço público de odontologia
domunicípio de Cambé, PR, 2007.



APÊNDICE D – Modelo-lógico do atendimento à demanda espontânea do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007.



APÊNDICE E – Matriz utilizada na avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007.

Dimensões	Crítérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
1. Sujeitos	IA. Uso do protocolo	IAa. 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.
	IB. Adequação do quadro técnico às necessidades do serviço	IBa. 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.
		IBb. 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	
		IBc. 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	
	IC. Integração da equipe (PSF/ESB)	ICa. 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.
		ICb. 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	
	ID. Adesão dos agentes às práticas	IDa. 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.
		IDb. Profissionais se sentem satisfeitos com o seu trabalho e 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.

2. Organização do serviço (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	2A. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	2Aa. n.º. total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período (x 100)	Percentual obtido	Pactuação >31% 0. Crítico: 0 10% 1. Regular: 10% 20% 2. Aceitável: 20% 31% 3. Satisfatório: 31% ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS
	2B. Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais	2Ba. n.º. de procedimentos odontológicos básicos individuais realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período	Escore obtido	Pactuação > 1,10 0. Crítico: 0 0,36% 1. Regular: 0,36% 0,72% 2. Aceitável: 0,72% 1,10% 3. Satisfatório: 1,10 ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS
	2C. Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada	2Ca. 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% 0. Crítico: 0 1,6% 1. Regular: 1,6% 3,2% 2. Aceitável: 3,2% 5% 3. Satisfatório: 5% ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS
2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	2D. Diagnóstico de demanda (cadastros feitos pelo ACS)	2Da. n.º. de cadastros / n.º. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	80% de cadastros 0. Crítico: 0 20% 1. Regular: 20% 40% 2. Aceitável: 40% 60% 3. Satisfatório: 60% ou mais	1. Checagem dos cadastros. 2. Entrevista com trabalhadores da USF avaliada. 3. SIAB.
		2Db. n.º. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN / n.º. de cadastros não convocados para tratamento (x 100)	Percentual obtido	100% sem erros de preenchimento 0. Crítico: 0 25% 1. Regular: 25% 50% 2. Aceitável: 50% 75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
		2Dc. n.º. de cadastros analisados pelo CD / n.º. de cadastros (x 100)	Percentual obtido	100% analisados 0. Crítico: 0 25% 1. Regular: 25% 50% 2. Aceitável: 50% 75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
		2Dd. n.º. de cadastros arquivados de acordo com protocolo / n.º. de cadastros (x 100)	Percentual obtido	100% arquivados de acordo com protocolo 0. Crítico: 0 25% 1. Regular: 25% 50% 2. Aceitável: 50% 75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	
	2E. Atendimento domiciliar (visita puerperal)	2Ea. n.º. de visitas puerperais / n.º. de nascidos vivos da região (x 100)	Percentual obtido	100% de visitas 0. Crítico: 0 25% 1. Regular: 25% 50% 2. Aceitável: 50% 75% 3. Satisfatório: 75% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SINASC.

Continua.

2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	2F. Atendimento às gestantes	2Fa. n°. de TC em gestantes / n°. de gestantes atendidas pelo programa (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 20% 1. Regular: 20% 40% 2. Aceitável: 40% 60% 3. Satisfatório: 60% ou mais	1. Checagem dos registros.
	2G. Atendimento às famílias	2Ga. n°. de famílias convocadas / n°. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	7,5% de famílias 0. Crítico: 0 1,9% 1. Regular: 1,9% 3,8% 2. Aceitável: 3,8% 5,7% 3. Satisfatório: 5,7% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SIAB.
		2Gb. n°. de famílias que tiveram TC / n°. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	6% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 1,5% 1. Regular: 1,5% 3% 2. Aceitável: 3% 4,5% 3. Satisfatório: 4,5% ou mais	
		2Gc. n°. de famílias que tiveram TC / n°. de famílias convocadas (x 100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 20% 1. Regular: 20% 40% 2. Aceitável: 40% 60% 3. Satisfatório: 60% ou mais	
	2H. Atendimento aos indivíduos	2Ha. n°. de indivíduos com TC / n°. de indivíduos SIAB (x100)	Percentual obtido	7,5% de indivíduos 0. Crítico: 0 1,9% 1. Regular: 1,9% 3,8% 2. Aceitável: 3,8% 5,7% 3. Satisfatório: 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) 0. Crítico: 0 20% 1. Regular: 20% 40% 2. Aceitável: 40% 60% 3. Satisfatório: 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) 0. Crítico: 0 20% 1. Regular: 20% 40% 2. Aceitável: 40% 60% 3. Satisfatório: 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) 0. Crítico: 0 20% 1. Regular: 20% 40% 2. Aceitável: 40% 60% 3. Satisfatório: 60% ou mais	

APÊNDICE F – Roteiro de coleta de dados utilizado na avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé, PR, 2007.

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 1			
1A. Uso do Protocolo: 0. Não conhece 1. Conhece e não aplica 2. Conhece e aplica parcialmente 3. Conhece e aplica integralmente	CD1:	CD2:	CD3:
	THD1:	THD2:	THD3:
	ACD1:	ACD2:	ACD3:
Pontuação máxima= Pontuação obtida=			
1Ba. Houve esclarecimento para uso do protocolo: Não = 0 Parcialmente = 1 Sim = 2	CD1:	CD2:	CD3:
	THD1:	THD2:	THD3:
	ACD1:	ACD2:	ACD3:
Pontuação máxima= Pontuação obtida=			
1Bb. Houve treinamento para registro de informações: Não = 0 Parcialmente = 1 Sim = 2	CD1:	CD2:	CD3:
	THD1:	THD2:	THD3:
	ACD1:	ACD2:	ACD3:
Pontuação máxima= Pontuação obtida=			
1Bc. Profissionais participam das oficinas de EPS: Não = 0 Parcialmente = 1 Sim = 2	CD1:	CD2:	CD3:
	THD1:	THD2:	THD3:
	ACD1:	ACD2:	ACD3:
Pontuação máxima= Pontuação obtida=			
1Ca. ESB presente nas reuniões realizadas na USF			
Número de reuniões PSF no período avaliado:			
Número de reuniões ESB presente:			

1Cb. Práticas com equipe multidisciplinares			
Número de atividades grupais no período avaliado:			
Número de atividades com ESB presente:			
1Da. Profissionais se sentem participantes do processo de gestão Não = 0 Parcialmente = 1 Sim = 2	CD1:	CD2:	CD3:
	THD1:	THD2:	THD3:
	ACD1:	ACD2:	ACD3:
Pontuação máxima= Pontuação obtida=			
1Db. Profissionais se sentem satisfeitos com trabalho e têm prazer em desenvolvê-lo Não = 0 Parcialmente = 1 Sim = 2	CD1:	CD2:	CD3:
	THD1:	THD2:	THD3:
	ACD1:	ACD2:	ACD3:
Pontuação máxima= Pontuação obtida=			
Dimensão 2			
Número de famílias da região (SIAB):			
Número de pessoas da região - população (SIAB):			
Número de cadastros feitos pelos ACS (contagem dos cadastros):			
Número de cadastros convocados:			
Número de cadastros à espera:			
Número de cadastros com erro de preenchimento (somente os de espera):			
Número de cadastros sem erro de preenchimento (somente os de espera):			
Número de cadastros não -analisados pelo dentista:			
Número de cadastros analisados pelo CD:			
Número de cadastros arquivados de acordo com protocolo:			
Número de gestantes atendidas no programa:			
Número de nascidos vivos (SINASC):			
Número de gestantes visitadas no puerpério:			
Número de gestantes com TC:			
Número de famílias com tratamento concluído (TC):			
Número de indivíduos que concluíram o tratamento (TC):			
Número de pacientes < 19 anos que concluíram o tratamento (TC):			
Número de pacientes > 19 anos que concluíram o tratamento (TC):			
Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas			
Número de procedimentos odontológicos básicos individuais			
Média anual de participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada:			
Número de pacientes < 19 anos no programa:			
Número de pacientes > 19 anos no programa:			
Número de indivíduos convocados:			

ANEXOS

ANEXO A – Normas para submissão de artigo científico - Cadernos de Saúde Pública



Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) **Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); (2) **Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); (3) **Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) **Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) **Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) **Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (7) **Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada

(somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhada de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas não-gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os

artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto e identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

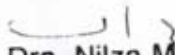
Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor (es).

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

<p>Parecer Nº 252/06 CAAE Nº 0205.0.268.000-06 FOLHA DE ROSTO Nº 107156</p>	<p>Londrina, 23 de outubro de 2006.</p>
<p>PESQUISADOR(A): VERA LUCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO</p>	
<p>Ilmo(a) Sr(a),</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, APROVA a realização do projeto: “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ (PR)”.</p> <p>Informamos que o(a) Sr.(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">  Prof.ª. Dra. Nilza Maria Diniz Comitê de Ética em Pesquisa Coordenadora </p>	