



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

ODIMARA REGINA FAÉ

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Londrina
2011

ODIMARA REGINA FAÉ

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL.**

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

Orientador: Profº Dr.Luiz Cordoni Junior.

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

F147a Faé, Odimara Regina.

Avaliação do serviço público odontológico na estratégia saúde da família em município de médio porte na região sul do Brasil / Odimara Regina Faé. – Londrina, 2011.
132 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Júnior.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Odontologia sanitária – Teses. 2. Serviços de saúde pública – Avaliação – Teses. 3. Serviços de saúde bucal – Teses. 4. Saúde bucal – Teses. 5. Saúde da família – Teses. I. Cordoni Júnior, Luiz. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 614.2:616.314

ODIMARA REGINA FAÉ

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DE MÉDIO
PORTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL**

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

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
UEL – Londrina – PR

Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza
UEL – Londrina – PR

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

Londrina, 25 de abril de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que sempre esteve a meu lado em todos os momentos difíceis dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que sempre ouviu minhas preces e atendeu meus inúmeros pedidos por ajuda desde a seleção para o mestrado até os momentos finais.

Agradeço à meus pais, Wilson e Odila que me apoiaram e sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu já não conseguia acreditar que conseguiria.

Ao meu marido, Gustavo que teve que aguentar meus momentos mais estressantes.

O meu filho, Gabriel a quem deixei de dar a atenção em muitos momentos para poder me dedicar a este trabalho, e que tenho certeza, um dia vai orgulhar-se da mãe, mesmo tendo muitas vezes que chamar minha atenção pela falta de tempo. dizendo: mamãe, você não está me ouvindo?

A Meiri, minha companheira nesta jornada, em quem sempre me espelhei pela coragem, dedicação e fé.

A Vera que nos incentivou e ajudou no desenvolvimento das pesquisas.

Aos colegas de curso, profissionais maravilhosos com quem aprendi tantas coisas.

Aos meus professores do mestrado, por acreditarem em mim e por transmitirem tanto conhecimento e sabedoria.

Ao meu orientador, Dr. Cordoni, por ser o maior incentivador desse trabalho e por ter nos estimulado ao logo desse caminho

FAÉ, Odimara Regina. **Avaliação do serviço público odontológico na Estratégia Saúde da Família em município de médio porte na região sul do Brasil.** 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

RESUMO

A ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica, mas colocou no centro da discussão, questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços. O Ministério da Saúde propõe que as atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família sejam frequentemente avaliadas e adaptadas às necessidades da comunidade e o monitoramento desses dados deverão servir de base para o planejamento e redirecionamento das ações e serviços. Este trabalho tem por objetivo analisar a organização do serviço público odontológico no município de Cambé na ESF, com base na cobertura das ações de saúde bucal; na realização do diagnóstico das necessidades; na integralidade/efetividade dos serviços pela oferta do tratamento completado na Atenção Básica; e na avaliação do desempenho do serviço de saúde bucal em relação as metas municipais estabelecidas. Trata-se de uma pesquisa avaliativa que utiliza como estratégia de análise o estudo de caso onde foi aplicada uma Matriz de Indicadores. A avaliação foi realizada por meio de pontuações convertidas em percentuais por uma fórmula, os quais correspondem a parâmetros classificatórios: “Crítico”, “Insuficiente”, “Aceitável” e “Satisfatório”. Os resultados demonstraram que a cobertura das ações foi aceitável ou satisfatória na maioria das unidades. O diagnóstico da demanda apresentou classificação geral satisfatória, porém a cobertura de cadastramento familiar foi insuficiente. Os melhores resultados alcançados pelas unidades e pelo município foram para os indicadores dos critérios: Pacto pela Saúde, Diagnóstico da Demanda e Atendimento aos Indivíduos. Os piores resultados apresentados foram para os indicadores de Cobertura de Tratamentos Completados em gestantes, famílias e maiores de 19 anos. Constatou-se que não há uniformidade entre as unidades com algumas diferenças expressivas entre elas. Na classificação geral por unidade de saúde, nove obtiveram classificação “aceitável” e duas atingiram a classificação “satisfatória”. Das 16 metas pactuadas e avaliadas neste trabalho o município conseguiu cumprir de forma satisfatória apenas a metade. A classificação final “aceitável” para o município indica que o serviço odontológico de Cambé está bem estruturado. O processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal apresenta características da ESF coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, porém, necessita ser aprimorado a fim de garantir a efetivação do modelo proposto e melhorar os resultados principalmente quanto à ampliação do acesso das famílias e à conclusão dos tratamentos em gestantes e adultos. O município ainda apresenta um estágio de transição entre o atendimento preferencial às crianças e o modelo universalizado. A matriz de indicadores evidenciou as qualidades e deficiências de cada Unidade de Saúde. Este nível de detalhamento é importante porque permitiu identificar pontos positivos e algumas fragilidades do serviço e permitirá que as equipes e os gestores analisem, planejem e direcionem as ações futuras no sentido de ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde bucal da população assistida.

Palavras-chave: Odontologia em Saúde Pública. Saúde Bucal. Avaliação de Serviços de Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Saúde da Família.

FAÉ, Odimara Regina. **Evaluation of dentistry public service in Family Health Strategy in the medium size city in south Brazil.** 2011 132 f. Thesis (Master's Degree in Health Service Management) – Universidade Estadual de Londrina, 2011.

ABSTRACT

The expansion of Family Health Strategy has redefined its importance as reorganizing strategy of basic care, but it has placed in the center of the discussion issues related to teams' qualification and the solving of services. MS proposes that the activities carried out by teams of Family Health be often evaluated and adapted to the needs of the community, and the monitoring of such data should serve as a basis for planning and redirecting actions and services. Assessment in Dental Health consists of a basic element for the planning of actions and rational use of public resources. This work aims to assess the performance of the public dental service in the county of Cambé, considering the doctrinal principles of the Single Health System and the process of working on Family Health Strategy; in the accomplishment of the diagnosis of needs; in the integrality/effectiveness of services through the offer of the complete treatment in Basic Attention; and in the assessment of the performance of dental health services concerning the county's established goals. This is an evaluative research whose working strategy is based on empirical results. The obtained result by the analysis of the services organization was performed by applying an array of Indicators. The evaluation was performed through scores converted into percentage by a formula, which correspond to qualifying parameters: "Critical", "Inadequate", "Acceptable" and "Satisfactory". Results showed that the undertaking of actions was acceptable or satisfactory in most units. Diagnose of Demands presented a satisfactory general classification, but the completeness of familiar base data was insufficient. The best results achieved by units and the county as a whole were on the following criteria: Pact for Health, Diagnose of Demands and Attendance to Individuals. The worst results were to Coverage of Fully Treatment to Pregnant Women, families and individuals above 19 years old. It was observed that there is not uniformity between units with some expressive differences between them. In the general classification by health units, nine of them achieved the 'acceptable' qualification and two of them achieved 'satisfactory'. The county obtained the 'satisfactory' qualification only in half of the sixteen goals proposed. The final classification of the city as "Acceptable" shows that the dentistry service in Cambé is well structured. The working process of the Dental Health Teams presents characteristics of the Family Health Strategy coherent with principles of universality, equality and effectiveness, but it has to be improved in order to guarantee the proposed model by improving results mainly regarding to the expansion of family access and the conclusion of treatments in adult population and pregnant women. The county still shows a stage between the preferential attendances in children and the universal model. The array of indicators showed the qualities and shortcomings of each Health Unit. This level of detail is important because it made possible to identify positive points and some weaknesses of the services and will allow that teams and managers analyze, plan and direct future actions searching the expansion of access and the improvement of the dental health of the population involved in the process.

Keywords: Public Health Dentistry. Dental Health; Evaluation of Health Services, Evaluation of Programmers and Health Projects, Family Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Índice CPO-D em crianças com 12 anos de idade nos anos de 1983, 1986, 1991, 1995, 2000, 2004 e 2008 do Município de Cambé – PR	27
Figura 2 - Localização do Município de Cambé – PR	35
Figura 3 - Mapa de abrangência das USF no ano de 2008. Cambé – PR.....	37
Figura 4 - Classificação das USF em Relação às Metas no ano de 2008.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal por região e Unidade Saúde da Família e designação numérica das USF, Cambé - PR, 2008.....	39
Quadro 2 -	Alterações realizadas na Matriz de Bueno quanto ao critério 2A da dimensão Organização do Serviço.....	46
Quadro 3 -	Alterações realizadas na Matriz de Bueno para denominação dos indicadores.....	47
Quadro 4 -	Alterações na definição dos percentuais pactuados e na determinação dos parâmetros de classificação.....	49
Quadro 5 -	Pontuações Máxima e Obtida, Percentual e Classificação Obtida do Serviço Odontológico das USF e do Município, no Parâmetro da Matriz de Indicadore. Cambé - PR, 2008.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família em relação à população estimada pelo IBGE, Cambé – PR, 2008.....	38
Tabela 2	Distribuição das Equipes de Saúde Bucal no ano de 2008, por Categoria Profissional nas Unidades Saúde da Família. Cambé- PR.....	40
Tabela 3	Indicador 2Aa: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em relação à População Cadastrada no SIAB e a Estimada pelo IBGE, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	59
Tabela 4	Indicador 2Ab: Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais em relação à População Cadastrada no SIAB e a Estimada pelo IBGE e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	60
Tabela 5	Indicador 2Ac: Cobertura de Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada em relação à População Cadastrada no SIAB e a Estimada pelo IBGE, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	61
Tabela 6	Indicador 2Ba: Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB em Relação às Famílias Cadastradas no SIAB, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	62
Tabela 7	Indicador 2Bb: Proporção de Cadastros Preenchidos com Qualidade, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	63
Tabela 8	Indicador 2Bc: Proporção de Cadastros Analisados, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	64
Tabela 9	Indicador 2Bd: Grau de Organização do Arquivo, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	65
Tabela 10	Indicador 2Ca: Cobertura de Visita Domiciliar às Puérperas, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	66

Tabela 11	Indicador 2Da: Cobertura de TC em Gestantes Atendidas, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	67
Tabela 12	Indicador 2Ea: Proporção de Famílias Convocadas no Ano, e Classificação do pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	68
Tabela 13	Indicador 2Eb : Cobertura de TC Familiar, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	69
Tabela 14	Indicador 2Ec: Proporção de Famílias Atendidas, com TC, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	70
Tabela 15	Indicador 2Fa: Cobertura de TC na População Cadastrada no SIAB, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	71
Tabela 16	Indicador 2Fb: Proporção de TC em Indivíduos Atendidos, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé, 2008....	72
Tabela 17	Indicador 2Fc: Proporção de Menores de 19 Anos Atendidos que Receberam TC, e Classificação do pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé, 2008.....	73
Tabela 18	Indicador 2Fd: Proporção de Maior ou Igual a 19 Anos Atendidos com TC, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO-D	Dentes Permanentes Cariados Perdidos e Obturados
DN	Declaração de Nascidos Vivos
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PNUD-ONU	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SB	Saúde Bucal
SB BRASIL 2003	Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPACTO	Sistema do Pacto pela Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Concluído
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILAC	Unidade de Lactação de Cambé
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	23
1.2 A SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ.....	26
1.2.1 Contexto Histórico.....	26
1.2.1.1 Introdução da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	28
1.3 JUSTIFICATIVA.....	31
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 METODOLOGIA	34
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	34
3.2 LOCAL DE ESTUDO	35
3.3 OBJETO DO ESTUDO.....	41
3.4 FONTE DE DADOS, PERÍODO E INSTRUMENTOS DE COLETA.....	41
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
3.6. MATRIZ DE INDICADORES.....	43
3.6.1. Ajustes e Modificações na Matriz de Indicadores.....	45
3.6.2 Forma de Cálculo.....	50
3.6.2.1 Classificação dos indicadores.....	50
3.6.2.2 Classificação final das USF e geral do município.....	51
3.6.3 Descrição dos Indicadores.....	51
3.6.4 Método de Análise dos Indicadores.....	54
4 ASPECTOS ÉTICOS	57
5 RESULTADO	58
5.1 EXISTÊNCIA DE VAGAS PARA DEMANDA ESPONTÂNEA.....	58
5.2 EXISTÊNCIA DO LIVRO DE ENCAMINHAMENTO PARA O CEO DE CAMBÉ ORGANIZADO.....	58
5.3 APLICAÇÃO DA MATRIZ DE INDICADORES MODIFICADA.....	58

5.3.1 Critério 2A: Pacto pela Saúde.....	58
5.3.2 Critério 2B: Diagnóstico da Demanda.....	62
5.3.3 Critério 2C: Atendimento Domiciliar.....	66
5.3.4 Critério 2D: Atendimento às Gestantes.....	67
5.3.5 Critério 2E: Atendimento às Famílias	68
5.3.6 Critério 2F: Atendimento aos Indivíduos.....	70
5.3.7 Resultado Final Aplicado a Matriz de Indicadores.....	74
6 DISCUSSÃO.....	78
6.1 COBERTURA DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL AOS INDIVÍDUOS, ÀS FAMÍLIAS E GRUPOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS.....	78
6.2 REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES NA ÁREA DE SAÚDE BUCAL PELAS EQUIPES.....	86
6.3 A INTEGRALIDADE/EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS PELA OFERTA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMPLETO DENTRO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO	90
6.4 DESEMPENHO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL EM RELAÇÃO ÀS METAS MUNICIPAIS.....	96
6.5 ANÁLISE FINAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO DENTRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	99
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	119
APÊNDICE A - Matriz de Indicadores de Bueno modificada para avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé - PR (Matriz Modificada).....	120
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados para avaliação do serviço público de odontologia do Município de Cambé - PR.....	124
ANEXOS	125
ANEXO A - Matriz de indicadores para avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé – PR (Matriz de Bueno).....	126
ANEXO B - Modelo-lógico da organização do serviço público de odontologia do município de Cambé - PR.....	130
ANEXO C - Autorização do município para a realização da Pesquisa.....	131
ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.....	132

1 INTRODUÇÃO

O ato verdadeiro da descoberta não consiste em descobrir novos territórios, mas sim vê-los com novos olhos.

Marcel Proust.

A política de saúde no Brasil, nas três últimas décadas, passou por mudanças importantes, influenciadas pelos ideais do Movimento da Reforma Sanitária, que teve como marco a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). As principais propostas da 8ª CNS serviram de base para a inserção de questões referentes à saúde na Constituição Federal (CF) de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. As Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 (LOS 8080/90 e 8142/90) garantiram à população o acesso descentralizado, universal, integral, hierarquizado e igualitário aos serviços de saúde (LUCIETTO, 2008; PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

A principal característica dos modelos assistenciais existentes no país antes da criação do SUS foi a dicotomia entre o modelo médico-assistencial-privatista, com ações essencialmente curativas e especializadas, voltado para o atendimento previdenciário e o modelo sanitarista, responsável pelas ações de combate às endemias e epidemias através de campanhas e programas especiais. Esses modelos foram ineficazes e insuficientes para responder às necessidades de saúde da população (SOUZA, 2005).

Com a implantação do SUS surgiram várias propostas e programas na tentativa de operacionalizar seus princípios nos modelos assistenciais de saúde (SOUZA, 2005).

Uma das estratégias para a implementação do SUS foi à criação pelo Ministério da Saúde, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com propostas de articulação entre os serviços e a comunidade. Lançado oficialmente em 1991 tinha a família como unidade de ação programática.

Os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade materno- infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família (SF).

A consolidação do PACS e oficialização do PSF ocorreram em março de 1994 com a inserção do seu mecanismo de financiamento no pagamento por procedimentos operado pela tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) (VIANA; DAL POZ, 1998).

Inicialmente caracterizado como programa vertical da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), sem garantias de continuidade (CALADO, 2002) passou, graças a seu importante papel na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde e incorporação dos princípios de vigilância sanitária, a ser assumido como a principal estratégia para a substituição da rede básica de serviços tradicionais.

Atualmente encarado como Política de Saúde da Família tornou-se um dos pilares para a consolidação do SUS e tem induzindo mudanças importantes na forma de operacionalização dos serviços de atenção básica (AB), com definição de uma área de atuação, criação de vínculo e responsabilidade para com as famílias adscritas a esta área. Tem produzido também resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2009; VIANA; DAL POZ, 1998; FEUERWERKER, 2005; LUCIETTO, 2008; MEDINA; AQUINO, 2002).

Em 1998 foi implementada a Norma Operacional Básica (NOB) criando o Piso da Atenção Básica (PAB) com remuneração fundo a fundo. Diretamente do governo federal para os municípios e por intermédio da Portaria nº 2203, foram propostos dois modelos de gestão municipal: Gestão plena da atenção básica e Gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 2001c). As NOB são instrumentos de regulação do processo de descentralização e propõem a divisão de responsabilidades e os critérios de transferência de recursos entre as esferas de governo (SOUZA, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma proposta de reverter a forma de prestação da assistência à saúde centrada na doença para um modelo assistencial que privilegia a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Sintonizada com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações, visa também promover a inclusão social e o resgate da cidadania (BRASIL, 2000b). A mesma é estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde e composta por uma equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) responsável por uma determinada população que varia de 2400 a 4500 pessoas. Pode contar ainda com a equipe de saúde bucal (ESB), composta pelo cirurgião dentista (CD), um atendente de

consultório dentário, atualmente denominado de auxiliar em saúde bucal (ASB) e um técnico de higiene dental, atualmente chamado técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2001a).

A ESF tem como lógica a atuação em um território determinado, a realização do cadastramento familiar, elaboração de diagnóstico situacional e o estabelecimento de um plano de ação realizado de maneira pactuada com a comunidade, praticando o cuidado longitudinal ao longo do tempo. Constitui-se em importante desafio para construção de nova prática na lógica da atenção à saúde, com nova dimensão ética (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Essa estratégia tem como função reorganizar a AB.

A portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 caracteriza a AB como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006c).

Pode ser considerada uma área de elevada complexidade e de baixa densidade tecnológica, pois necessita de grande conhecimento técnico, com utilização de poucos equipamentos.

Deve atuar como porta de entrada do Sistema de Saúde e estar articulada a outros níveis de atenção através do sistema de referência e contra-referência, abrangendo, além dos cuidados com as doenças, a atuação nos fatores que podem provocar seu aparecimento, ou seja, sobre o contexto social de manifestação da doença, extrapolando a intervenção curativa individual (SILVA, 2008; MARCIER, 2002; STARFIELD, 2002).

A AB tem como fundamentos (BRASIL, 2006b, p.34):

1. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade;
2. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
3. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
4. Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
5. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

Para o enfrentamento dos problemas e desafios inerentes à gestão da saúde foi elaborado o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006e). Este Pacto enquanto projeto de reorganização das políticas de saúde em todas as dimensões, estabelece prioridades e metas para cada nível de gestão e prevê a pactuação de indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida, de gestão e em defesa do SUS, visando promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010a). Nele, gestores das três esferas de governo pactuam responsabilidades com o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas existentes e reorganizar a rede de serviços com base em prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nas ações (BRASIL, 2006e). O pacto também é uma tentativa de substituir o excesso de normatizações, partindo para a lógica da adesão e compromisso com resultados (DI COLLI, 2006).

A Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 regulamentou o Pacto pela Vida e de Gestão, estabeleceu o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) e os indicadores de avaliação e monitoramento do Pacto (BRASIL, 2006d).

A Saúde Bucal (SB) como parte integrante e inseparável da saúde, segue estas mesmas bases normativas, legais e princípios para sua consolidação no SUS (SILVEIRA FILHO, 2002; BRASIL, 2004d).

Uma revisão histórica nos mostra que a assistência odontológica no setor público surgiu na década de 50 e as ações centraram-se em dois grandes eixos: a fluoretação das águas de abastecimento público, de caráter coletivo e preventivo e o atendimento aos escolares, introduzido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com enfoque curativo-reparador, direcionado prioritariamente às crianças de 6 a 14 anos pelo Sistema Incremental (SOUZA, 2005; NARVAI, 2006; BRASIL, 2006a). Esse modelo se manteve hegemônico por mais de 30 anos; porém, desde o início da década de 70 já apresentava deficiências quanto à eficácia, eficiência e cobertura (SOUZA, 2005).

Entre as décadas de 70 e 80 foram criados também os modelos de atenção simplificados baseados na concepção de aumento da produtividade e redução dos custos, e o modelo da odontologia integral, que iniciou a utilização do conceito de risco e ações de prevenção; nenhum deles, porém, conseguiu romper com a lógica do tratamento incremental já que o atendimento continuou a ser limitado aos escolares com priorização do atendimento curativo (ZANETTI et al., 1996).

Durante muitas décadas, os programas voltados para o tratamento da cárie e doenças periodontais prevaleceram no país. Embora incluíssem algumas medidas preventivas, eram muito criticados por sua cobertura exígua (limitados a contribuintes da previdência e escolares) e por centrarem-se na assistência odontológica ao indivíduo doente no restrito ambiente clínico cirúrgico e sem nenhuma participação popular (BRASIL, 2001b).

Em 1986, durante a 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), foi proposta pelos delegados a “Inserção da SB no sistema de saúde”, uma vez que a mesma é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986; BRASIL, 2005a). Essa deliberação, porém, só foi acatada pelos governos subseqüentes em finais do século XX e início do século XXI (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1992, alguns municípios pioneiros na implantação do PSF no estado do Paraná, em conjunto com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná (NESCO) e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, discutiram durante a oficina Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), algumas experiências municipais de SB e apontaram alguns dos principais problemas relacionados à inserção dos profissionais de odontologia no SUS. Dentre eles, a falta de percepção por parte do profissional quanto ao seu papel nas intervenções sociais, a falta de conhecimento e/ou dificuldade de incorporar os princípios do SUS, ações voltadas basicamente para atividades curativas, isolamento do CD em relação ao restante da equipe, baixa efetividade das ações devido à não participação da população na organização e na avaliação dos serviços e forma de pagamento dos procedimentos voltados para ações curativas (GEVAERD, 1993).

Essas e outras questões apresentadas pelo autor permanecem na atualidade e tornaram-se ainda mais evidentes pela demora na incorporação da SB no PSF. Para Baldani (2005), o fato de a odontologia não ter se incorporado à ESF desde o início prejudicou o processo de integração da equipe e determinou processos variados de implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

A incorporação da odontologia na ESF ocorreu oficialmente a partir do ano 2000, com a portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000 que estabeleceu incentivo financeiro à inserção das ESB no PSF. Esta portaria determinou a implantação de uma ESB para duas equipes de SF com duas possibilidades de composições de equipes: a modalidade I,

composta por um CD e um ASB e a modalidade II, que além dos profissionais já citados, conta com a participação TSB (BRASIL, 2000a).

Para operacionalizar a portaria nº 1.444/GM, o Ministério da Saúde (MS) publicou em março de 2001 a Portaria nº 267/GM que aprovava as normas e diretrizes de inclusão da SB na ESF e elencou os procedimentos de SB que constariam da AB, conforme haviam sido estabelecidos na NOB / SUS 96 – e na NOAS (BRASIL, 2001a).

Essa mesma Portaria propôs para a reorganização das ações de SB na AB que as práticas fossem orientadas em consonância com a ESF, promovendo o acesso progressivo das famílias da área de abrangência às ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal, que fossem realizadas capacitação, formação e educação permanente dos profissionais e que se instituisse a prática das avaliações de qualidade e impacto das ações em SB (BRASIL, 2001a).

As ações de SB deverão basear-se nos princípios e diretrizes do SUS e apresentarem as seguintes características operacionais (BRASIL, 2001b):

1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
2. Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
3. Integralidade da assistência prestada à população adscrita;
4. Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
5. Definição da família como núcleo central de abordagem;
6. Humanização do atendimento;
7. Abordagem multiprofissional;
8. Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
9. Educação permanente dos profissionais;
10. Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Outras portarias foram criadas pelo MS para viabilizar os serviços de SB.

A Portaria nº 673/GM de 03 de junho de 2003 alterou a relação do número de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Com a nova portaria esta relação passou a ser uma ESB para uma equipe de SF (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 74/GM de 20 de janeiro de 2004 reajustou o valor pago para implantação e manutenção das ESB modalidade I e II e criou o incentivo para implantação do serviço de prótese (BRASIL, 2004a).

A Portaria nº 1434/GM de 14 de julho de 2004 aumentou o valor do incentivo para municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e com até 30 mil habitantes (BRASIL, 2004b).

Os resultados obtidos pelo Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (BRASIL 2003) apresentaram indicadores para problemas bucais considerados altos (BRASIL, 2004c). Com base nisto, o MS estruturou e lançou oficialmente em março de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”.

Articulada às demais políticas públicas de saúde tem como objetivo superar as desigualdades mantidas pelo modelo tradicional hegemônico predominante, suas diretrizes orientam para uma reorganização da atenção em SB, respeitando os princípios organizativos e operacionais da ESF no sentido de ampliar o acesso da população às ações de SB.

A SB não pode ficar à margem do sistema de saúde e de suas estratégias de reorganização já que, a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, o estado dos dentes e os problemas de saúde localizados na boca são os sinais mais significativos de exclusão social (BRASIL, 2005a; NARVAI, 2001).

Para Zanetti et al. (1996), mudanças na forma de atenção basicamente tecnicista e excludente, melhorias nos índices epidemiológicos e o resgate da SB como condição de cidadania só ocorrerão quando forem implementados modelos programáticos que enfatizem ações de promoção da saúde e prevenção das doenças para toda comunidade.

O novo modelo de atenção preconizado pelo SUS e construído ao longo das últimas décadas propõe que os serviços de saúde bucal não estejam mais centrados nos tratamentos curativos restauradores, individualistas, pouco acessíveis e caracterizado pela falta de racionalidade e programação de suas ações. A prioridade é orientar estes serviços para ampliação e qualificação da atenção, inclusão de todas as faixas etárias, garantia de uma rede de AB articulada com toda a rede de serviços, para assegurar a integralidade nas ações, bem como utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento, acompanhar o impacto da SB por meio de indicadores adequados e centrar a atuação na vigilância à saúde. (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2004d).

Esse novo modelo de atenção denominado de SB Coletiva deve ter como foco a comunidade, que deve ter participação ativa em sua organização (NARVAI, 2006).

De acordo com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) do SUS, o novo modelo de atenção à saúde deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual (BRASIL, 1997).

Para Souza; Roncalli (2007), o incentivo financeiro para implantação e manutenção das ESB favoreceu a expansão dos serviços odontológicos no Brasil, com aumento expressivo no número de municípios que aderiram à ESF e de ESB implantadas.

Dados do MS, de 2003 a março de 2008, usando como base de cálculo a proporção de uma ESB para cada 6900 habitantes, registram um crescimento de 262,9% de ESB implantadas, correspondendo a 16,3 mil ESB, em 4,4 mil municípios, com cobertura populacional de 42,5% da população o que corresponde a cerca de 79,9 milhões de pessoas, (LUCIETTO, 2008).

Segundo Souza e Roncalli (2007), essa rápida expansão impulsionada pelo próprio MS não implica necessariamente em mudança do modelo assistencial em SB pautado na nova concepção do processo saúde-doença recomendado pela OMS e evidencia a necessidade de criar estratégias efetivas para monitorar e avaliar este nível de atenção (BRASIL, 2005b).

Além disso, é importante destacar que diversos modelos de atenção à saúde coexistem no país, sendo que as idéias e valores do modelo médico-hegemônico, tecnicista, com práticas centradas no tratamento das doenças e reproduzindo acriticamente os serviços, ainda são predominantes; o SUS, apesar dos avanços, está muito distante das propostas almejadas da reforma sanitária (LUCIETTO, 2008; FEUWERKER, 2005; NARVAI, 2006).

A implantação das ESB muitas vezes tem acontecido de forma não planejada e pouco tem sido feito no sentido de monitorar a forma de inclusão e avaliar seus impactos, o que pode ser constatado pelo número relativamente baixo de publicações sobre o tema, quando comparado com os dados de monitoramento e avaliação de outras áreas da saúde (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Algumas experiências exitosas de reorganização das ações odontológicas municipais no serviço público de Curitiba (Paraná), Campinas (São Paulo) e Ipatinga (Minas Gerais) foram relatadas nos trabalhos de Serra (1998), Roncalli (1999) e Peres (1995). Nesses trabalhos, evidenciou-se que foi o apoio da gestão local o principal responsável pelo êxito do programa (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Embora a inserção da SB no PSF apresente vários problemas e desafios inerentes aos processos em construção, como as dificuldades de estruturação, qualificação escassa das equipes, baixa resolubilidade dos serviços, necessidade da implementação de estratégias efetivas de monitoramento que possam verificar a qualidade da atenção prestada, bem como pela dificuldade de integração dos profissionais de SB com o restante da equipe,

pode-se destacar que ocorreram avanços em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços em todo o país, sendo vista como uma possibilidade de rompimento com o velho modelo assistencial odontológico, excludente e ineficiente, até então vigente no país (SILVEIRA FILHO, 2002; SOUZA; RONCALLI, 2007).

Os serviços têm o grande desafio de tornar as ações em SB um direito de todos os indivíduos, não aceitando a idéia de “geração perdida” para os serviços odontológicos.

Torna-se necessário o conhecimento da epidemiologia, do planejamento estratégico, do conhecimento do território, do funcionamento das famílias, e da necessidade de mudança nas ações clínicas em SB ainda profundamente marcadas pelo atendimento individual e tecnicista, além da utilização das ferramentas apropriadas à abordagem dessas questões (SILVEIRA FILHO, 2002).

Dentro deste contexto, iniciativas do MS como a construção da Política de Avaliação de Programas no SUS, têm se destacado na proposta de incentivar a institucionalização da prática de monitoramento e avaliação da AB na rotina da gestão e dos serviços de saúde (BRASIL 2005b).

Nos serviços de saúde de varias localidades ocorrem experiências bem sucedidas baseadas nos valores e aspirações do SUS. A análise dos limites e possibilidades dessas experiências é extremamente importante para, respeitando-se as especificidades de cada local e serviço, aproveitarem-se as idéias e conceitos para adaptá-los em outros locais, ampliando os resultados e as ações positivas em SB para outras regiões do país (MATTOS, 2005).

1.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A utilização da avaliação para o conhecimento, acompanhamento e planejamento de ações que promovam melhoria nos serviços se apresenta como justificativa para realização de estudos avaliativos em programas de saúde.

Segundo Silva e Formigli (1994), Felisberto (2004), a avaliação abrange as dimensões do cuidado e da gestão, sendo fundamental na identificação de problemas e na

reorientação das ações e práticas desenvolvidas. As práticas das avaliações potencializam a utilização dos instrumentos de gestão, subsidiam o planejamento e contribuem para a qualificação da atenção à saúde. Promovem ainda a construção de processos estruturados e sistemáticos coerentes com os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade e acessibilidade, com impacto sobre o perfil epidemiológico.

Existem diferentes modelos de avaliação; é constante, porém, a pretensão de comparar um padrão almejado com a realidade.

Avaliar é fixar valor de uma coisa, procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado (COHEN; FRANCO, 1993). Em todos os tipos de avaliação a idéia de qualidade está presente uma vez que, quando atribuímos determinado valor a algo e este valor for julgado positivo, significa que há qualidade (NOVAES, 2000).

No Brasil, pode-se dizer que a expansão dos serviços, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de diversos modelos assistenciais e o aumento da importância política e econômica da atenção à saúde, fizeram com que as avaliações e alternativas metodológicas diversas passassem a fazer parte das preocupações dos gestores públicos e privados (NOVAES, 2000).

Neste sentido, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que busca conhecer as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados, fazendo a comparação tanto com as condições e tecnologias previstas quanto com os resultados e metas a serem alcançados para posterior tomada de decisões de maneira mais racional possível (CÉSAR; TANAKA, 1996). Este processo evidencia a necessidade de se estabelecer estratégias para corrigir falhas ou para melhorar os aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005).

Segundo Minayo (2005), a avaliação, quando tecnicamente adequada e ética, permite conhecer, compreender, acompanhar, corrigir e reorientar as estratégias e ações, o que contribui para o êxito de projetos, programas e serviços.

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

Para Donabedian (1980), a avaliação requer que se selecione um conjunto de indicadores representativos dos principais componentes da qualidade, que são: estrutura,

processo e resultados. A melhor estratégia de avaliação seria a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (DONABEDIAN, 1988). Segundo Utchimura; Bosi (2002), este modelo tem sido amplamente difundido e aceito, porém, considerando as diversificadas dinâmicas de funcionamento das inúmeras modalidades de intervenção, as avaliações no campo da saúde não podem ser sustentadas em uma única racionalidade.

A metodologia adotada vai depender do que se quer avaliar e da perspectiva do avaliador. Não há um instrumento único que consiga avaliar integralmente os serviços, sendo necessário utilizar a criatividade para a construção de novas formas de avaliação que se adéquem ao objeto que se quer medir ou intervir (SILVER, 1992).

A validade de um instrumento de avaliação refere-se à sua adequação ao conceito teórico ou objeto que se quer medir ou intervir, sendo estimada através da validade de conteúdo (conceitos adequados), da validade do critério de predição (sensibilidade, especificidade) e da validade de construção (operacionalização) (CONILL, 2004).

O modelo de avaliação deve ser adequado às necessidades de cada nível organizativo do sistema de saúde adotado de forma a que oriente e facilite a tomada de decisões (FEKETE, 2008).

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

Entretanto, a insuficiência e a precariedade freqüentes dos sistemas de informações disponíveis não têm permitido a construção dos indicadores necessários para o monitoramento e a avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006).

Em odontologia os indicadores do Pacto pela Saúde, instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços da AB, representam avanço no acompanhamento das ações, mas não abrangem toda a complexidade do serviço odontológico (BUENO, 2008).

Estudos realizados pelo Grupo de Pesquisas em Odontopediatria e Clínica Integrada da Universidade Federal da Paraíba (PADILHA et al., 2005), demonstram que é necessário o desenvolvimento de rotinas de avaliação específicas para conferir a eficácia desejada no impacto sobre a SB do usuário.

A necessidade de controlar os custos do sistema de saúde sem afetar o acesso e a qualidade dos serviços torna a avaliação das ações uma atividade fundamental e um desafio aos administradores e autoridades de saúde (SOUZA, 2005).

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

1.2 A SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ

1.2.1 Contexto Histórico

No município de Cambé-PR, o serviço odontológico começou a ser reorganizado em 1983 a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS) com descentralização de recursos financeiros para estados e municípios.

Em 1985 ocorreu a estruturação do sistema com expressiva ampliação da oferta de serviços, levando-se em conta os interesses da população e levantamentos epidemiológicos de cárie onde se constatava um alto índice em crianças (Figura 1). Adotou-se no município a priorização do atendimento aos escolares com o Programa Incremental e posteriormente a inclusão gradativa dos pré-escolares e bebês, estes últimos através de um convênio de transferência de tecnologia firmado com a Universidade Estadual de Londrina (UEL) /Bebê-Clínica. Cambé foi o primeiro município do país a implantar na rede pública o serviço de atenção odontológica aos bebês (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

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

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir de 1988, passaram a contar com esse serviço municipal pioneiro de atenção odontológica. Concomitantemente, foram incrementadas as ações de promoção da saúde bucal e prevenção da cárie dentária,

destacando-se o programa de bochecho de flúor, atividades educativas realizadas nas escolas da rede pública municipal e estadual e a fluoretação da água de abastecimento público que, desde 1987, cobre 100% (cem por cento) dos bairros do município.

Torna-se necessário salientar que a utilização do flúor teve papel importante na redução dos índices de cárie do município. Inúmeros estudos comprovam a eficácia do flúor na redução da cárie dentária (MURRAY; NAYLOR, 1996).

No decorrer dos anos, o município obteve expressiva redução no indicador epidemiológico da cárie dentária aos 12 anos, com índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de 8,0 em 1983, 0,95 em 2000 e 2004, e 0,68 em 2008 (CAMBÉ, 2005; NAKAGAWA, 2006; LEVANTAMENTO epidemiológico..., 2010) (Figura 1).

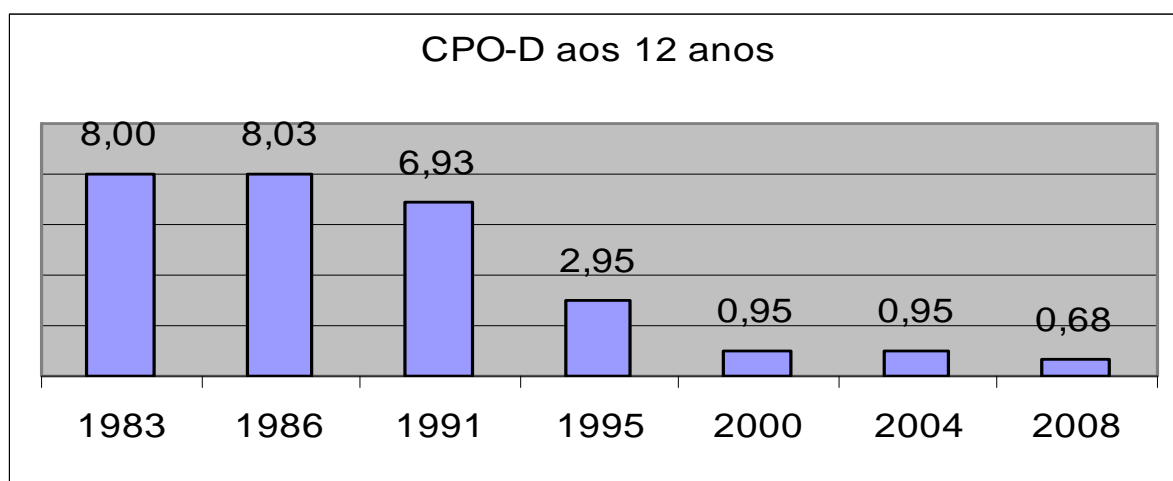


Figura 1– Índice CPO-D em crianças com 12 anos de idade nos anos de 1983, 1986, 1991, 1995, 2000, 2004 e 2008 do Município de Cambé – PR (Fonte: SMS/ PMC)

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

O PSF em Cambé, implantado em 1998, inicialmente com três equipes, foi expandido para 20 equipes em 2000 sem incorporar ESB (CAMBÉ, 2006b).

Até o início do ano de 2005, vinha sendo mantido o atendimento prioritário da população infanto-juvenil.

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

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

1.2.1.1 Introdução da saúde bucal na estratégia saúde da família

Frente à política nacional de SB, e dentro de um contexto histórico de movimentos sociais e políticos que propiciaram a concretização no país do programa “Brasil Sorridente”, também em nível municipal houve necessidade de uma reestruturação do programa odontológico.

Em 2005, com vistas a atender a necessidade apontada pelos usuários e também com base em avaliações de demanda e cobertura, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) inseriu a SB no PSF e implantou o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual foi cadastrado pelo programa “Brasil Sorridente” do MS para servir de referência microrregional (CAMBÉ, 2006a).

Tal iniciativa objetivou ampliar o acesso e a cobertura dos serviços básicos de SB e organizar a demanda aos demais níveis de atenção, alcançando grupos sociais até então excluídos de um cuidado integral e representou uma mudança importante na Política Municipal Odontológica na medida em que, ao longo de mais de duas décadas, a diretriz municipal aceita e assumida pelos profissionais, estabelecia como única prioridade a atenção aos bebês, crianças e jovens, o que foi incorporado pelos mesmos.

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

Quebrar a resistência dos profissionais para aceitarem compor as ESB e aderirem ao novo modelo constituiu-se em importante desafio enfrentado pela gestão, uma vez que houve opção pelo aproveitamento dos profissionais da própria rede, oferecendo-lhes a oportunidade de ampliação da carga horária para 40 horas semanais.

Esta escolha gerou algumas dificuldades e criou a necessidade de mudanças no perfil de trabalho destes trabalhadores que tinham uma cultura institucional anterior toda voltada para o atendimento infantil. Segundo Manfredini (2008 p. 122): “Parcela expressiva dos trabalhadores de saúde se impregna das culturas organizacionais onde exercem suas práticas.”

Merhy (2006a) cita em seu trabalho que a resistência a mudanças faz parte do cotidiano dos serviços de saúde e que modificar os processos de trabalho torna-se um desafio, uma vez que há necessidade de mudanças na forma de pensar e agir dos vários indivíduos envolvidos.

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

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

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

Para estes autores, o emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como diretrizes, linhas-guia, linhas do cuidado e protocolos são estratégicos para orientar o novo modelo de atenção, contribuindo para as mudanças necessárias e os avanços desejados.

Os protocolos de organização dos serviços referem-se principalmente à organização do processo de trabalho e exigem a definição do “que fazer” e de “quem fazer”. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Em Cambé, assim como em muitos municípios do país, a construção de um protocolo próprio configurou-se como importante estratégia para efetivar a mudança no processo de trabalho das equipes na ESF, servindo de orientação técnica e administrativa para várias áreas e ações de SB no município.

As orientações deste documento tentam criar condições que favoreçam a redução dos problemas bucais mais prevalentes nos ciclos da vida, através de um processo de construção coletiva da política com os vários atores envolvidos.

O Protocolo de Atenção Odontológico do Município de Cambé (CAMBÉ, 2006b) apresenta conceitos, estabelece critérios de risco e priorização para atendimento, normas, recomendações e fluxos para organização do serviço e atendimento aos usuários, os quais estão inseridos em quatro capítulos: Atenção Básica, Promoção à Saúde, Indicadores de Saúde Bucal e Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal.

Segundo Bueno; Cordoni Junior; Mesas (2010), este protocolo retrata claramente que a organização de serviço é compatível com as diretrizes da Política Nacional de SB.

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

Para Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2010), o consentimento do município para a realização de pesquisas evidencia o esforço pelo aprimoramento do serviço e da atenção aos princípios do SUS.

No início de 2007, iniciou-se a prática de avaliação periódica e a pactuação de metas com as equipes das USF.

As equipes passaram a conhecer os indicadores de monitoramento da AB do Pacto pela Saúde, indicadores específicos propostos pela SMS de Cambé e puderam acompanhar a produção e as metas propostas (FAÉ, 2008).

Como resultado destas iniciativas e do amadurecimento do programa odontológico municipal Cambé recebeu, em 2006 e 2008, menção honrosa no Prêmio Brasil Sorridente promovido pelo Conselho Federal de Odontologia em parceria com o MS. Este prêmio é concedido aos municípios que se destacam na implementação de políticas públicas de SB (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008).

Em 2008, com o propósito de criar uma base de dados para avaliação da inserção das ESB na ESF e atualizar os indicadores epidemiológicos na população infantil, a SMS realizou, com apoio do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da UEL, um novo levantamento epidemiológico em SB, utilizando a mesma metodologia do MS no “Projeto SB Brasil – 2003 Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, o qual ratificou a baixa prevalência de cárie em crianças. Ainda segundo este levantamento, as faixas etárias de 35 a 45 anos e 65 a 74 anos, embora com índices considerados altos, com CPO-D de 16,92 e 24,73 respectivamente, apresentaram índices inferiores à média estimada para a região sul de 20,61 para primeira e 27,33 para a última. (LEVANTAMENTO epidemiológico..., 2010).

O resultado das condições de SB da população obtidos neste levantamento, em conjunto com outros indicadores, poderá contribuir para a avaliação do desempenho da ESB na ESF ao longo dos anos quando forem comparados com os resultados de novos levantamentos epidemiológicos que venham a ser realizados.

1.3 JUSTIFICATIVA

Segundo Silveira Filho (2002) e Brasil (2006b), o desafio das ESB na ESF é tornar a SB um direito de todos os cidadãos brasileiros independente da idade, escolaridade ou classe social, garantindo qualidade de atenção à luz dos princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade.

Para identificar os nós críticos e os pontos fortes a serem trabalhados e responder se a SB está conseguindo atender às necessidades apresentadas pela população,

torna-se necessário aprimorar os processos de monitoramento e aprofundar pesquisas que avaliem a capacidade resolutiva dos serviços odontológicos (BUENO, 2008; SOUZA, 2008).

Em SB na ESF, os sistemas de informação do SUS atualmente em uso e os indicadores do Pacto pela Saúde não possibilitam analisar adequadamente os resultados alcançados com as ações. Para Souza e Roncalli (2007), as limitações dos sistemas de informações são conhecidas como, por exemplo, o pequeno número de indicadores específicos de SB no SIA e no Pacto pela Saúde, e o SIAB que, com exceção dos procedimentos coletivos, não contem informações específicas, além dos erros de registro que muitas vezes podem comprometer os dados.

Segundo Padilha et al. (2005), é evidente a necessidade de melhorar os instrumentos de acompanhamento das ações dos profissionais e da elaboração de indicadores que reflitam a realidade dos serviços.

O Ministério da Saúde propõe que sejam realizadas freqüentes avaliações, adaptações e monitoramento nas atividades desenvolvidas pela ESF como forma de planejar e direcionar as ações às reais necessidades da comunidade (BRASIL, 2004d).

Os momentos de avaliação realizados em conjunto pelos gestores e pelas equipes a partir das realidades locais são essenciais para a reavaliação das práticas e para garantir o fortalecimento das ações em AB.

Neste contexto torna-se cada vez mais necessária a avaliação dos serviços públicos odontológicos devido a sua importância na racionalização dos recursos, para aprimorar o desenvolvimento organizacional, subsidiar o planejamento e monitorar o real impacto das ações e serviços de SB.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização do serviço público odontológico no Município de Cambé na Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar a cobertura das ações de saúde bucal aos indivíduos, às famílias e grupos populacionais prioritários;
- b)- verificar a situação da realização do diagnóstico das necessidades na área de saúde bucal pelas equipes;
- c) -avaliar a integralidade/efetividade dos serviços pela oferta de tratamento odontológico completo dentro da atenção básica no município;
- d)- avaliar o desempenho do serviço de saúde bucal em relação às metas municipais estabelecidas.

3 METODOLOGIA

O presente estudo, realizado em conjunto por duas pesquisadoras, apresenta a aplicação de uma matriz de indicadores para avaliação do serviço odontológico composta de duas dimensões: dimensão dos sujeitos e dimensão organização dos serviços que, analisadas em conjunto, permitem a visão geral do funcionamento do programa de SB no município. Posteriormente, a pesquisa foi desmembrada em duas dissertações focadas na dimensão dos sujeitos e na dimensão da organização dos serviços respectivamente.

Esta dissertação apresentou, de forma detalhada, os resultados dos indicadores referentes aos critérios da organização dos serviços.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa da organização dos serviços de SB no município de Cambé, que utiliza como estratégia para análise o estudo de caso.

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997), a Pesquisa Avaliativa procura analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, os meios que foram mobilizados, o rendimento, os bens ou serviços que foram produzidos e as relações entre a intervenção e o contexto.

O estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A potência explicativa decorre da profundidade do caso e não do número de unidades (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A investigação de estudo de caso baseia-se em várias fontes de evidências como em documentos primários, documentos secundários, observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas nele envolvidas (YIN, 2005).

Utiliza-se o método de estudo de caso quando as condições contextuais são altamente pertinentes ao fenômeno estudado (SILVA, 2008). Costumam ser classificados em explicativos, cognitivos e expositivos e visam também demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO *et al.*, 2005).

Como estratégia de pesquisa, a utilização do estudo de caso contribui para o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados (YIN, 2005).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cambé, que apresentava em 2008 uma população estimada de 96.555 habitantes (IBGE, 2009), com 93,09% na zona urbana e 6,91% na zona rural. O município possui uma área de 496,122 km² e localiza-se no terceiro planalto do Estado do Paraná (figura 02), na microrregião de Londrina (CAMBÉ, 2008).



Figura 2 – Localização do município de Cambé, PR.

Pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, em Cambé 56,8% das famílias tinham, à época, renda de até dois salários mínimos com uma taxa de alfabetização de 85,0% e uma taxa de desemprego de 10,1% (CAMBÉ, 2008).

A população economicamente ativa, pelo censo IBGE de 2000, era de 44.489 habitantes concentradas no setor de indústria de transformação, seguido do comércio.

Em 2000, de acordo com os critérios elaborados pelo Programa das Nações Unidas (PNUD-ONU), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)¹ foi de 0,793 e o Índice Gini², 0,5. (CAMBÉ, 2008).

A taxa de mortalidade infantil³ é considerada baixa, sendo que em 2008 apresentou 13,17 por mil nascidos vivos, tendo atingido em 2009 a menor taxa nos últimos anos com 11,38 óbitos por 1000 nascidos vivos (CAMBÉ, 2010b).

Habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada no SUS, para efeito de planejamento e gestão em saúde, é dividido territorialmente em quatro Regiões Político-Administrativas (Norte, Leste, Sudeste e Centro) sendo que cada uma destas agregam bairros com maiores semelhanças territoriais.

Conta com uma rede composta de doze unidades básicas de saúde (UBS), uma com atendimento médico e de enfermagem 24 horas e outra com atendimento médico e de enfermagem até as 23h. Em todas as unidades são oferecidos diariamente atendimentos em enfermagem, odontologia, clínica médica, pediatria e ginecologia. Uma das UBS está localizada na zona rural e as outras dispostas estrategicamente nos bairros mais populosos do município (CAMBÉ, 2010a).

A assistência à saúde na AB tem como porta de entrada as USF onde atuam as 24 ESF, com cobertura de atendimento à população de 87,4% (CAMBÉ, 2010a). Na figura 03 visualizam-se a distribuição das USF, número de equipes de SF e respectivas regiões de abrangência.

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

² O Índice Gini, segundo o PNUD-ONU mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos pela renda domiciliar per-capta cujo valor varia de zero (sem desigualdade) a 1 (desigualdade máxima).

³ Este indicador é considerado um dos mais eficientes para medir a saúde de uma população, através de seu desenvolvimento econômico e social.

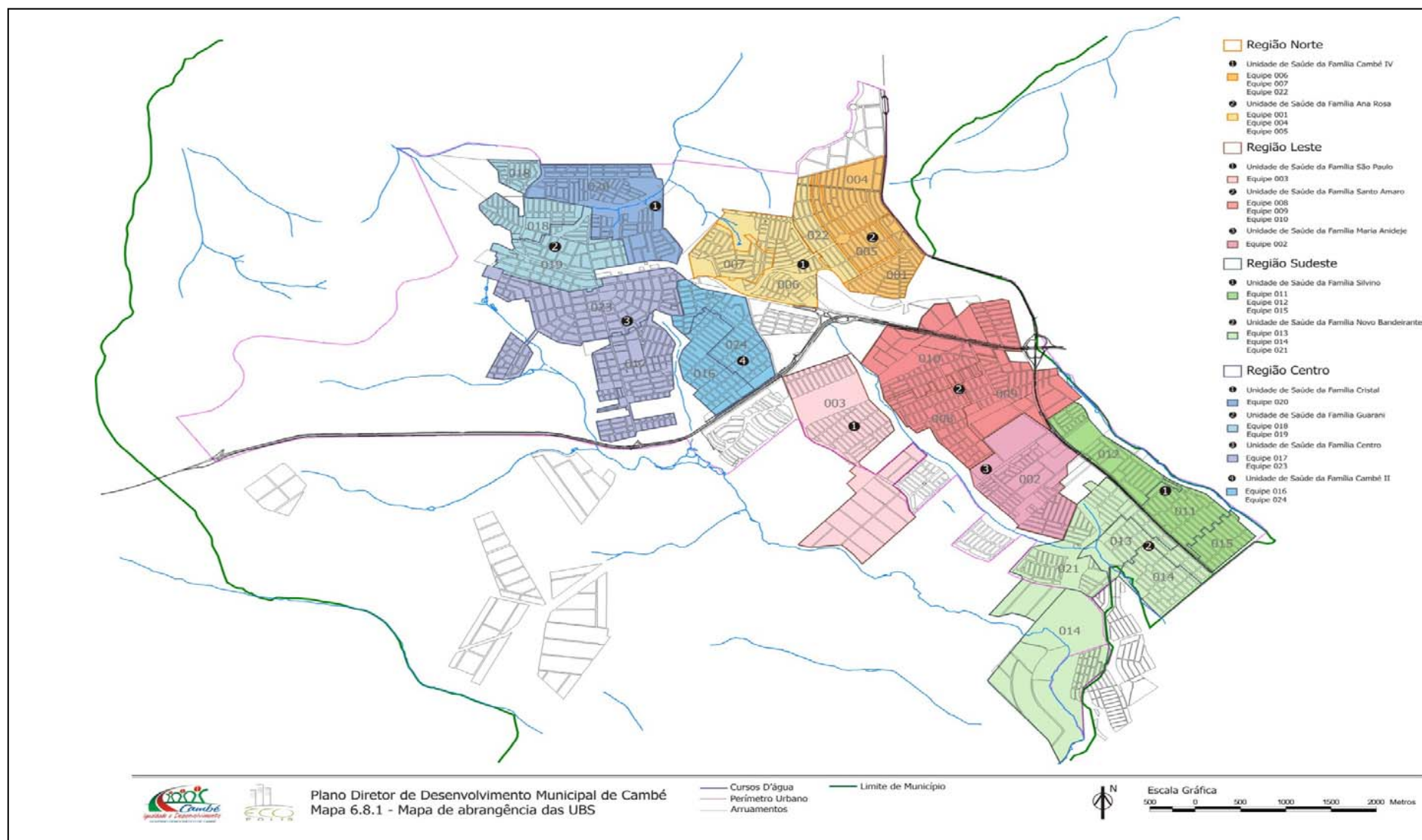


Figura 3– Mapa de abrangência das Unidades Saúde da Família no ano de 2008, Cambé – PR.

A prioridade que a gestão vem atribuindo ao setor saúde pode ser verificada no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). De 2000 a 2004, o município de Cambé aplicou de seus recursos próprios em média 23,6% no setor saúde. De 2005 a 2010, a média subiu para 24,7% (BRASIL, 2010f), ou seja, um percentual superior aos 15,0% recomendados pela Emenda Constitucional 29 de 2000 (BRASIL, 2011b).

Estes dados revelam a importância dada ao setor saúde, sendo o financiamento um componente necessário para garantir a conversão dos modelos de atenção à saúde e um indicador relevante nas análises de sustentabilidade (ROCHA et al., 2008).

Segundo dados do SIAB, a população adscrita por USF é próxima a 100,0% com exceção apenas da USF Centro de Saúde localizada na região central do município (tabela 1).

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

USF	População		Coberta pela ESF (%)
	Cambé - PR, 2008 Estimada IBGE	Cadastrada SIAB	
SILVINO	10013	10090	100,8
N. BAND.	11104	11197	100,8
A. ROSA	11036	9828	89,1
CAMBÉ IV	10022	10100	100,8
S. AMARO	11664	11718	100,5
S. PAULO	4393	4428	100,8
M. ANIDEJE	4847	4888	100,8
C. SAÚDE	12417	5000	40,3
CAMBÉ II	7271	6867	94,4
CRISTAL	4712	4746	100,7
GUARANI	6305	5615	89,1
Z RURAL	2771	0	0,0
CAMBÉ	96555	84477	87,5

Até o encerramento da coleta de dados em novembro de 2009, atuavam 20 ESB, sendo 10 de modalidade I, sem TSB e 10 de modalidade II, com TSB (Quadro 1).

Além dos profissionais cadastrados na ESF (20CD, 20 ASB e 10 TSB) com jornada de quarenta horas semanais, atuam em conjunto nas USF com desempenho

direcionado à população infanto-juvenil, 19 CD, 2 TSB e 12 ASB cuja carga horária semanal varia de 20 a 30 horas, distribuídas entre as 11 USF. Na apresentação dos resultados, discussão e conclusão as unidades foram identificadas com códigos numéricos como forma de facilitar a leitura conforme pode ser visto no quadro abaixo (Quadro 1).

Região	USF	Código	Equipes SF	ESB mod. I	ESB mod. II
Região Sudeste	USF Silvino	USF 01	3	2	1
	USF N. Band.	USF 02	3	2	1
Região Norte	USF A. Rosa	USF 03	3	1	1
	USF Cambé IV	USF 04	3	1	1
Região Leste	USF S. Amaro	USF 05	3	2	1
	USF São Paulo	USF 06	1	1	
	USF M. Anideje	USF 07	1	-	1
Região Centro	USF C. Saúde	USF 08	2	-	1
	USF Cambé II	USF 09	2	-	1
	USF Cristal	USF 10	1	-	1
	USF Guarani	USF 11	2	1	1
Total	11 Unidades	11 Unidades	24	10	10

Quadro 1 Distribuição das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal por região e Unidade Saúde da Família e designação numérica das USF, Cambé – PR, 2008.

A Tabela 2 mostra a distribuição de profissionais por categoria profissional das ESB, que atuavam nas USF em 2008, sujeitos do presente estudo. O número de CD cadastrados na ESF e CD não cadastrados na ESF foi apresentado em separado, em razão da diferença de carga horária e atribuições. Os procedimentos odontológicos são os mesmos, porém com focos de atenção diferentes. Os profissionais cadastrados, de 40 horas semanais, atuam com foco nas famílias e os não cadastrados atendem apenas a população infantil e manutenção dos programas pré-existentes. Possuem carga horária semanal de 30 ou 20 horas, as quais são distribuídas entre as 11 USF. Um mesmo profissional pode atuar em até três unidades diferentes.

Tabela 2 Distribuição das Equipes de Saúde Bucal no ano de 2008, por Categoria Profissional nas Unidades Saúde da Família. Cambé- PR.

USF	CD ESF	CD N. CAD. ⁽¹⁾	TSB ⁽²⁾	ASB ⁽²⁾	Total
USF 01	3	2	1	3	9
USF 02	3	1	2	4	10
USF 03	2	4	1	4	11
USF 04	2	4	1	5	11
USF 05	3	3	1	3	11
USF 06	1	0	1	1	3
USF 07	1	3	1	3	8
USF 08	1	5	1	4	10
USF 09	1	2	1	3	7
USF 10	1	2	1	2	6
USF 11	2	2	1	2	8
TOTAL	20	29 ⁽³⁾	12	34	95

Nota : (1) Número de cirurgiões dentistas não cadastrados na Estratégia Saúde da Família.

(2) Número de técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal, cadastrados ou não na ESF.

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

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

Para referência dos serviços de média complexidade o município possui na rede dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um Centro de Referências de Especialidades Médicas que oferece os seguintes serviços: Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Oftalmologia, Neuropediatria, Psiquiatria, Fisioterapia Respiratória, Nutrição, Tratamento para Tuberculose e Hanseníase, Radiologia, Laboratório de Análise Clínica, Centro de Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Unidade de Lactação de Cambé (UNILAC); um Centro de Reabilitação e Promoção em Saúde com serviços de fisioterapia, fonoaudiologia e hidroginástica; dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o CEO tipo II, com as especialidades obrigatórias de endodontia, cirurgia, diagnóstico bucal, periodontia e pacientes especiais, mais as especialidade de radiologia e prótese.

Ainda em continuidade à dimensão estrutural com referência à capacidade instalada na rede contratada com o SUS, o município conta com dois hospitais, laboratórios e clínicas de apoio e diagnóstico (CAMBÉ, 2010a).

3.3 OBJETO DO ESTUDO

O objeto do presente estudo é o Serviço Municipal de Saúde Bucal de Cambé.

3.4 FONTE DE DADOS, PERÍODO E INSTRUMENTOS DE COLETA

Os dados foram coletados por meio de análise documental em duas etapas.

A primeira etapa foi realizada no período de maio a agosto de 2009, e consistiu na coleta de dados populacionais e de produção ambulatorial em relatórios do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB); IBGE; Sistema Informação de Nascidos Vivos (SINASC); relatórios de produção do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS; relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde (SISPACTO); e relatório mensal de produção individual dos profissionais de SB por USF referente ao ano de 2008.

Embora o MS utilize a base populacional do IBGE para o cálculo dos indicadores, neste trabalho optou-se por utilizar os dados do SIAB para avaliação das USF devido a que sua atuação se dá por área de abrangência das equipes de SF. A divisão do território (área de abrangência) das UBS/USF pelo SIAB leva em conta as semelhanças culturais, econômicas e os acidentes geográficos que podem facilitar ou dificultar o acesso às unidades de saúde e por isso muitas vezes tem uma divisão do território que não coincide exatamente com a divisão geográfica e populacional proposta pelo IBGE.

Para os componentes do critério Pacto pela Saúde foram utilizadas as duas referências, uma vez que para realizar a pactuação e registrar os resultados nos Sistemas de Informação utilizam-se como base os dados do IBGE.

Nos relatórios de produção foram coletadas as seguintes informações: procedimentos básicos individuais constantes na tabela do SIA-SUS (aplicação de carioestático; aplicação de selante; aplicação terapêutica intensiva de flúor; controle de placa bacteriana; selamento provisório de cavidade dentária; capeamento pulpar; restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; acesso a polpa dentária e medicação; necropulpectomia em dente decíduo e permanente; pulpotomia dentária; raspagem, alisamento, polimento supragengival; raspagem, alisamento subgengival; exodontia de dente decíduo, exodontia de dente permanente), cobertura de primeira consulta odontológica, ação coletiva de escovação dental supervisionada, visitas a puérperas e o número de tratamentos odontológicos completados. Neste momento foram identificados os profissionais que atuavam nas USF naquele ano.

A segunda etapa da análise documental, realizada no período de outubro a dezembro de 2009, consistiu na realização de consulta aos livros de registros do PSF Odontológico, Visitas Domiciliares, Gestantes, Programas de Bebês e Infanto-juvenil, Agendas Odontológicas, livro de Encaminhamento para o CEO e eventualmente quando necessário, devido a alguma fragilidade ou inconsistência dos dados, Livro de Ocorrências e Atas de reuniões, além da contagem de cadastros.

Destas fontes foram coletados os seguintes dados: número de famílias convocadas para tratamento odontológico; número de famílias e indivíduos que receberam tratamento completo, número de visitas a puérperas, número de tratamentos completados em gestantes, existência das vagas diárias nas agendas dos profissionais para demanda espontânea. Foram checados também os aspectos relacionados à organização administrativa quanto à forma de registro das informações nos livros e agenda clínica para conferência e contagem da cobertura e conclusão do atendimento familiar, atendimento dos vários grupos etários e das vagas diárias para livre demanda, livro de encaminhamentos para o CEO organizado.

Na verificação dos cadastros odontológicos foi realizada a contagem do número total de cadastros realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desde o início da implantação da ESF, para verificar a cobertura de cadastramento odontológico; número de cadastros à espera para convocação (informação que contribui para o levantamento da cobertura e resolutividade dos serviços); número de cadastros a espera sem falha de preenchimento no campo data de nascimento (a maior quantidade e a menor idade das crianças servem como critério de desempate para convocação de famílias que obtiveram a

mesma classificação final de risco); número de cadastros analisados pelo CD e arquivados conforme classificação de risco. Consta no mesmo que, se o profissional não estiver realizando esses passos, não estará seguindo o critério de seleção de famílias por risco (resultado da somatória do critério risco social e risco biológico) desrespeitando o princípio da equidade no atendimento.

Os resultados foram transferidos para o Instrumento de Coletas de Dados para Avaliação do Serviço Público de Odontologia do Município de Cambé, PR (APÊNDICE B).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada, como base, uma Matriz de Indicadores desenvolvida por Bueno (ANEXO A) especificamente para avaliação das ESB cadastradas na ESF no Serviço Público Odontológico do município de Cambé (BUENO, 2008), com as devidas alterações para sua utilização neste trabalho.

3.6 MATRIZ DE INDICADORES

A Matriz de Indicadores de Bueno, doravante denominada de Matriz de Bueno (ANEXO A), foi elaborada em trabalho de pesquisa realizado em 2007 com base em informações colhidas no Protocolo Odontológico do município de Cambé e no modelo lógico da Organização do Serviço de Odontologia. (ANEXO B).

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

A Matriz de Bueno (ANEXO A) apresenta duas dimensões de análise, doze critérios, dezesseis indicadores, pontuações (scores ou percentuais), parâmetros (crítico, regular, aceitável, satisfatório) e fontes de informações. A primeira dimensão avalia o serviço

a partir do ponto de vista dos sujeitos envolvidos no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde com quatro critérios: uso do protocolo, adequação do quadro técnico às necessidades do serviço, integração da equipe e adesão dos agentes às práticas. A segunda considera a organização do serviço e compreende oito critérios: cobertura de primeira consulta odontológica, proporção de procedimentos básicos individuais, cobertura de ação coletiva, escovação dental supervisionada, diagnóstico de demanda, atendimento domiciliar (limitado à visita domiciliar às puérperas), atendimento às gestantes, atendimento às famílias, atendimento aos indivíduos. (BUENO; CORDONI JUNIOR; MESAS, 2010).

As pontuações e parâmetros apresentados na matriz foram definidos por consenso em reuniões realizadas com grupo focal composto pela autora da matriz original, profissionais da rede que atuavam nas ESB cadastradas, representantes da equipe gestora e um especialista em epidemiologia.

No presente estudo, a Matriz de Bueno foi aperfeiçoada e modificada para permitir sua aplicação no conjunto de USF do município e incluir as atividades de todos os profissionais das ESB, independente de estarem ou não cadastrados na ESF, obtendo uma avaliação mais realista e abrangente do serviço público odontológico na AB do município de Cambé.

Essa nova matriz recebeu a denominação de Matriz Modificada (APÊNDICE A).

Segundo Bueno, para utilização da Matriz os indicadores e parâmetros podem ser ajustados para se adequarem às necessidades e especificidades de cada serviço.

Para Assis et al. (2005 p. 106) os indicadores no contexto da avaliação:

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

Para validar as modificações da matriz, foi realizada pela pesquisadora uma reunião com a autora da matriz original, a Coordenadora de Saúde Bucal do município de Cambé e sete cirurgiões dentistas com experiência e especialização na área de SF e/ou gestão e/ou avaliação de serviços e sistemas de saúde e que atuam em órgão público municipal, estadual e/ou de ensino. Todos os itens da Matriz Modificada foram discutidos e analisados.

A exceção dos indicadores do Pacto pela Saúde não foram encontrados na literatura pesquisada informações disponíveis que pudessem ser utilizadas para comparar, avaliar e validar a pertinência dos parâmetros propostos para os indicadores da Matriz Modificada.

3.6.1 Ajustes e Modificações na Matriz de Indicadores

As alterações realizadas na matriz para a dimensão dos sujeitos não constarão deste trabalho.

Na dimensão organização do serviço, os três critérios referentes aos indicadores pactuados para avaliação da atenção básica na Matriz de Bueno foram agrupados em um único critério que passou a ser denominada na Matriz Modificada de “Pacto pela Saúde” (quadro 2).

Dimensão	Matriz de Bueno		Matriz Modificada	
	Critério	Indicador	Critério	Indicador
2. Organização do serviço (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	2A. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	2Aa. n°. total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período (x 100)	2A. Pacto pela Saúde	2Aa. Cobertura de primeira consulta odontológica programática (n°. total de 1ªs. consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período (x 100))
	2B. Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais	2Ba. n°. de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em determinado local e período/ população no mesmo local e período		2Ab. Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais (n°. de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em determinado local e período/ população no mesmo local e período)
	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)		2Ac. 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))

Quadro 2- Alterações realizadas na Matriz de Bueno quanto ao critério 2A da dimensão Organização do Serviço.

Os indicadores do Pacto dividem-se em duas categorias, uma principal de pactuação obrigatória, a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e outra não obrigatória, com indicadores complementares pactuados por livre interesse do município. São eles: Cobertura de Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada, Proporção de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais e Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados. Este último não foi avaliado neste estudo por não constar da Matriz de Bueno e por não ter relação com AB e sim com a atenção especializada.

Os parâmetros de classificação para os indicadores deste critério na Matriz Modificada (APÊNDICE A) seguiram os valores pactuados pelo município para o ano de 2008; já na Matriz de Bueno (ANEXO A) os valores seguiram as pactuações de 2007.

Nos indicadores do critério Pacto pela Saúde, os resultados foram calculados com base na população cadastrada no SIAB e na população estimada pelo IBGE, considerando-se que as pactuações são realizadas com base no IBGE e também para possibilitar a comparação destes resultados com outros municípios do mesmo porte.

Todos os indicadores que estavam expressos na Matriz de Bueno apenas pela fórmula de cálculo, receberam uma denominação para sua identificação na Matriz Modificada que foi utilizada neste trabalho, conforme pode ser observado no exemplo abaixo (Quadro 3).

		Matriz de Bueno	Matriz Modificada
Dimensão	Critério	Indicador	Indicador
2. Organização do serviço do serviço (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	Diagnóstico de Demanda (cadastro feito pelo ACS)	2Da. n°. de cadastros / n°. de famílias SIAB (x 100)	2Ba. Proporção de famílias cadastradas pela ESB em relação as cadastradas no SIAB (n°. de cadastros / n°. de famílias SIAB (x 100)
		2Db. n°. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN / n°. de cadastros não convocados para tratamento (x 100)	2Bb. Proporção de cadastros preenchidos com qualidade (n°. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN / n°. de cadastros não convocados para tratamento)x 100
		2Dc. n°. de cadastros analisados pelo CD / n°. de cadastros (x 100)	2Bc. Proporção de cadastros analisados (n°. de cadastros analisados pelo CD / n°. de cadastros) x 100
		2Dd. n°. de cadastros arquivados de acordo com protocolo / n°. de cadastros (x 100)	2Bd. Grau de organização de arquivo n°. de cadastros arquivados de acordo com protocolo / n°. de cadastros (x 100)
	Atendimento domiciliar (visita às puérperas)	2Ea. n°. de visitas puerperais / n°. de nascidos vivos da região (x 100)	2Ca. Cobertura de visitas à puérperas n°. de visitas a puérperas / n°. de nascidos vivos da região (x 100)
	Atendimento às gestantes	2Fa. n°. de TC em gestantes / n°. de gestantes atendidas pelo programa (x100)	2Da. Cobertura de TC em gestantes atendidas n°. de TC em gestantes / n°. de gestantes atendidas (x100)

Quadro 3 – Alterações realizadas na Matriz de Bueno para denominação dos indicadores

Os parâmetros para classificação dos demais indicadores tem pontos de cortes diferenciados e foram estabelecidos na reunião por consenso entre os especialistas.

Quanto aos parâmetros para a classificação “Satisfatório” nos indicadores cujo valor mínimo na matriz original de Bueno tinha sido fixado em 75,0%, na matriz Modificada utilizada neste trabalho, teve seu valor alterado para 80,0%. O intervalo limite das demais classificações foi estabelecido com base na terça parte do valor mínimo considerado satisfatório, ou seja, a classificação “Aceitável” situa-se a partir do valor correspondente a dois terços do “Satisfatório” ($2/3$ de 80,0% correspondendo a 53,3%), o “Insuficiente” a partir de um terço (26,7%) e o “Crítico” inferior a um terço ($< 26,7\%$).

Para os demais indicadores foram adotadas as metas registradas na Matriz de Bueno, com ressalvas aos indicadores contidos no critério Atendimento às famílias (Indicador 2Ga) que na Matriz de Bueno foi definido em 7,5% referente à análise de um ano e meio do programa. O percentual de 6,0% de famílias com tratamento concluído (Indicador 2Gb) refere-se a 80,0% de TC sobre o percentual de famílias convocadas, ou seja, supõe-se que os profissionais devem completar o tratamento odontológico em pelo menos 80,0% das famílias que foram convocadas para tratamento (6,0% de 7,5%).

No presente trabalho foi analisado o período de um ano, ficando então determinado o percentual de 5,0% de famílias convocadas no ano (Indicador 2Ea da Matriz Modificada). A proporção de TC familiar no ano (Indicador 2Eb) foi definida em 4,0% (correspondente a 80,0% dos 5,0% pactuados).

A definição do percentual de 12,0% de cobertura de TC na população cadastrada (Indicador 2Fa) corresponde 80,0% de TC sobre o percentual de 15,0% de cobertura de primeira consulta odontológica pactuada pelo município (Indicador 2Aa).

Para obter a classificação “Satisfatório”, Bueno considerou que seria suficiente atingir 75,0% do valor pactuado; neste trabalho, porém, foi considerado que para atingir a classificação “Satisfatório” o valor mínimo aceitável deveria ser o valor pactuado.

Algumas das modificações anteriormente citadas, a título de exemplo, podem ser observadas no quadro apresentado a seguir (Quadro 4).

Critérios	Matriz de Bueno		Matriz Modificada	
	Indicadores	Parâmetros	Indicadores	Parâmetros
Atendimento às famílias	2Ga. n.º de famílias convocadas / n.º de famílias SIAB (x 100)	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 (valor correspondente a 75,0% da meta pactuada)	2Ea. Proporção de famílias convocadas no ano n.º de famílias convocadas no ano / n.º de famílias SIAB (x 100)	5,0% de famílias 0. Crítico: 0 1,6% 1. Insuficiente: 1,6% 3,2% 2. Aceitável: 3,2% 5% 3. Satisfatório: 5,0% ou mais (valor correspondente a meta pactuada)
	2Gb. n.º de famílias que tiveram TC / n.º de famílias SIAB (x 100)	6,0 % com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 1,5% 1. Regular: 1,5% 3,0% 2. Aceitável: 3,0% 4,5% 3. Satisfatório: 4,5% ou mais (6,0% = valor corresponde a 80,0% de TC sobre o percentual pactuado de cobertura de famílias)	2Eb. Cobertura de TC familiar no ano n.º de famílias que tiveram TC / n.º de famílias SIAB (x 100)	4,0% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 1,33,% 1. Insuficiente: 1,33% 2,66% 2. Aceitável: 2,66% 4,0% 3. Satisfatório: 4,0% ou mais (4,0% = valor corresponde a 80,0% de TC sobre o percentual pactuado de cobertura de famílias)
	2Gc. n.º de famílias que tiveram TC / n.º de famílias convocadas (x 100)	80,0% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 20,0% 1. Regular: 20,0% 40,0% 2. Aceitável: 40,0% 60,0% 3. Satisfatório: 60,0% ou mais	2Ec. Proporção de famílias atendidas com TC n.º de famílias que tiveram TC / n.º de famílias atendidas (x 100)	80,0% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80,0% 3. Satisfatório: 80% ou mais
Atendimento aos indivíduos	2Ha. n.º de indivíduos com TC / n.º de indivíduos SIAB (x100)	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	2Fa. Cobertura de TC na população cadastrada n.º de indivíduos com TC / n.º de indivíduos SIAB (x100)	12,0% de indivíduos 0. Crítico: 0 4,0% 1. Insuficiente: 4,0% 8,0% 2. Aceitável: 8,0% 12,0% 3. Satisfatório: 12,0% ou mais

Quadro 4- Alterações na definição dos percentuais pactuados e na determinação dos parâmetros de classificação.

Na Matriz Modificada ao final (APÊNDICE A), apresenta-se a matriz completa com as duas dimensões. A dimensão dos sujeitos possui quatro critérios aos quais estão relacionados oito indicadores e a dimensão organização do serviço seis critérios com 16 indicadores. As pontuações, parâmetros de classificação e as respectivas fontes de informação podem ser visualizados detalhadamente no APÊNDICE A.

3.6.2 Forma de Cálculo

3.6.2.1 Classificação dos indicadores

Os dados coletados foram transferidos para o instrumento de coleta de dados de cada USF (APÊNDICE B) para o cálculo do valor máximo e valor obtido correspondente a cada indicador. Os percentuais obtidos em cada indicador foram lançados na Matriz Modificada e relacionados à respectiva classificação e pontuação sendo: “Crítico” = 0; “Insuficiente” = 1; “Aceitável” = 2 e “Satisfatório” = 3

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

O valor máximo corresponde à soma da pontuação correspondente à classificação “satisfatório” (3) em cada indicador. O valor obtido é resultante da soma dos valores crítico (0), insuficiente (1), aceitável (2) e satisfatório (3) de cada indicador.

3.6.2.2 Classificação final das USF e geral do município

Para obter a classificação dos serviços odontológicos das USF e geral do município de Cambé foi realizada a somatória das pontuações dos indicadores e aplicada a fórmula acima citada para obtenção do percentual final, o qual obedeceu aos seguintes parâmetros: “Crítico”: 0 | 26,7%, “Insuficiente”: 26,7% | 53,3%, “Aceitável”: 53,3% | 80,0% e “Satisfatório”: 80,0% e mais.

Para fins de análise, os dados foram sistematizados em planilhas Excel, e agrupados por USF para composição da avaliação final do serviço de saúde de bucal do município de Cambé.

3.6.3 Descrição dos Indicadores

Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática:

Representa o percentual de indivíduos que iniciaram tratamento odontológico a partir de um diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto (BRASIL, 2006a).

A consulta, nos casos de retornos para manutenção após o tratamento inicial completado só podem ser consideradas uma vez ao ano.

Médias de procedimentos odontológicos básicos individuais: Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim em que medida os serviços básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população (BRASIL, 2006a). Neste indicador divide-se o número total de procedimentos básicos realizados em todos os que acessaram o serviço nesta região, pelo número total de habitantes do local (independente de ter ou não acessado o serviço).

Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada. Esta atividade é dirigida necessariamente a um grupo de indivíduos e não à ação individual em que

atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de profissional treinado, considerando o mês ou meses em que realizou a atividade, em determinado local e ano, visando a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal (BRASIL, 2006a).

Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB: Percentual de famílias cadastradas pelos ACS da área de abrangência e entregues às ESB para análise, classificação, seleção e convocação para o tratamento odontológico em relação ao número total de famílias cadastradas no SIAB (BUENO, 2008).

Proporção de Cadastros Preenchidos com Qualidade: Proporção de cadastros familiares preenchidos com qualidade no campo data de nascimento em relação ao total de cadastros em espera para avaliação. Para este indicador considerou-se que os campos da data de nascimento dos moradores deveriam estar preenchidos de forma correta, já que idade e quantidade dos moradores (maior número de crianças com menor faixa etária) são fatores importantes como critério de desempate na ordem de classificação das famílias que obtiveram a mesma pontuação final na somatória dos fatores de risco social e biológico.

Proporção de Cadastros Analisados: Proporção de cadastros analisados e classificados em baixo, médio e alto risco em relação ao total de cadastros realizados. Os cadastros rotineiramente devem ser analisados pelo CD para classificação de risco, de forma a contemplar os critérios de equidade estabelecidos no protocolo. A observância deste critério é fundamental, no sentido de buscar diminuir a desigualdade no acesso (CAMBÉ, 2006b).

Grau de Organização de Arquivo. Número de cadastros arquivados de acordo com o protocolo em relação ao número de cadastros realizados. O arquivamento adequado dos cadastros tem por objetivo permitir a realização de avaliação, planejamento e organização das ações, além de facilitar o acompanhamento das famílias em atendimento, abandono, com TC e em espera para tratamento (CAMBÉ, 2006b).

Cobertura de Visitas às Puérperas. Número de visitas puerperais em relação ao número de nascidos vivos da região (BUENO, 2008). As visitas às puérperas são recomendadas no protocolo para a captação completa dos bebês nascidos na área de abrangência, orientar os pais sobre os cuidados com a SB da família e da criança, e reagendar o retorno da mãe ao tratamento odontológico, caso tenha iniciado o atendimento durante a gestação e não o tenha concluído durante a gravidez. Esta visita deve ser realizada pela ESB dentro do primeiro mês de vida do bebê.

Cobertura de TC em Gestantes Atendidas. Proporção de gestantes com TC em relação ao número de gestantes atendidas (CAMBÉ, 2006b). As gestantes fazem parte do grupo prioritário para atendimento no município pela importância de manter uma boa condição de saúde bucal durante o período gestacional, e também porque as condições odontológicas têm influência na saúde geral da gestante e podem influenciar a saúde do feto (prematuridade do parto e baixo peso). O tratamento odontológico pode ser iniciado em qualquer período gestacional. O tempo de gestação deve ser observado para que seja elaborado um plano de tratamento.

Proporção de Famílias Convocadas no ano de 2008. Proporção de famílias convocadas pela ESB para tratamento odontológico no ano de 2008 pelo número total de famílias cadastradas no SIAB (CAMBÉ, 2006b). A meta de cobertura anual de famílias convocadas ao ano foi de 5%. Este percentual foi definido por Bueno em reunião com os CD que estavam cadastrados na ESF desde que as ESB foram implantadas. Este indicador permite calcular quantas famílias novas são convocadas e iniciam o tratamento odontológico a cada ano. Caso haja recusa de atendimento por parte de algum dos membros da família, este deverá assinar um termo de responsabilidade desistindo do tratamento. A família convocada deverá ter os dados anotados no livro do PSF odontológico

Cobertura de TC familiar no ano. Percentual de famílias que tiveram TC em relação ao número de famílias cadastradas no SIAB (CAMBÉ, 2006b). O percentual pactuado foi de 4% ao ano (80% de TC sobre o parâmetro de 5% de cobertura familiar pactuada). Caso toda a família convidada pela ESB não compareça à primeira consulta clínica odontológica sem justificar a ausência, será considerada família em abandono, devendo ter esse dado anotado no livro do PSF e não será computada como TC familiar.

Proporção de famílias atendidas com TC. Número de famílias que tiveram TC no ano pelo número de famílias que iniciaram o atendimento odontológico. Permite calcular em quantas famílias todos os membros tiveram o tratamento odontológico clínico e cirúrgico básico e de média complexidade completados (CAMBÉ, 2006b). O TC familiar só é dado quando todos os membros da família concluíram o tratamento odontológico na AB e na média complexidade, dentro das especialidades ofertadas pelo CEO do município.

Cobertura de TC na População Cadastrada no SIAB. Número de indivíduos com TC pelo número de indivíduos cadastrados no SIAB (CAMBÉ, 2006b). Permite estimar qual o percentual de indivíduos cadastrados no SIAB tiveram acesso e

concluíram o tratamento odontológico. A meta pactuada foi de 12% ao ano. O indicador não permite verificar se esse TC é inicial ou manutenção.

Proporção de TC em Indivíduos Atendidos. Número de indivíduos com TC pelo número de indivíduos convocados (CAMBÉ, 2006). Permite verificar em quantos pacientes que iniciaram o tratamento odontológico todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos básicos foram realizados, independente da idade ou programa a que pertence.

Proporção de Menores de 19 Anos Atendidos com TC. Número de indivíduos até 18 anos, 11 meses e 29 dias com TC em relação ao número de indivíduos menores de 19 anos cadastrados no SIAB (BUENO, 2008). Neste indicador são levados em conta tanto os TC iniciais quanto os de manutenção.

Proporção de Maiores de 19 Anos Atendidos com TC. Número de indivíduos maior ou igual a 19 anos com TC em relação ao número de indivíduos maior de 19 anos cadastrados no SIAB (BUENO, 2008). Este indicador revela quantos indivíduos maiores de 19 anos acessaram e concluíram o tratamento odontológico na atenção básica.

3.6.4 Método de Análise dos Indicadores

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

Os resultados foram apresentados de acordo com a ordem e critérios em que aparecem na matriz de indicadores.

Na discussão e na análise final os indicadores foram agrupados em torno dos objetivos específicos propostos.

Porém assim como o SUS é composto por um conjunto de serviços, princípios, diretrizes e ações, importa destacar que estes indicadores representam um conjunto de informações que se relacionam e se complementam.

Para **avaliar a cobertura das ações de saúde bucal aos indivíduos, às famílias e grupos populacionais prioritários**, relacionada ao primeiro objetivo específico, foram considerados os indicadores: Cobertura de primeira consulta odontológica

programática; cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada; cobertura de visitas à puérperas e proporção de famílias convocadas no ano. Além da verificação nas agendas clínicas da existência de vagas para o atendimento da livre demanda.

Para **verificar a situação da realização do diagnóstico das necessidades na área de saúde bucal pelas equipes**, segundo objetivo específico, importa a maneira como são realizados os trabalhos das equipes de forma a identificar e priorizar os grupos de maior risco. Com este intuito, verificou-se através do processo de trabalho das equipes a realização de diagnóstico da demanda para convocação dos grupos prioritários para tratamento com base na proporção de famílias cadastradas pelas ESB, na proporção de cadastros preenchidos corretamente, na realização de análise e classificação dos cadastros e no grau de organização do arquivo.

Em Cambé, o diagnóstico da demanda para a SB é feito a partir de informações contidas em um instrumento de avaliação do perfil epidemiológico familiar, o qual serve para orientar a ESB a classificar, selecionar famílias com base nos critérios de risco social e biológico e permitir a realização de estudos epidemiológicos.

Esclarece-se que para a identificação do risco social foi utilizado o cálculo da renda per capita familiar (renda per capita total da família/ número de moradores do domicílio). Famílias com renda per capita de valor menor ou igual a 1/3 do salário mínimo vigente no país são famílias consideradas de risco social identificado. O risco biológico pôde ser identificado com base nos relatos efetivados por pessoas da família ou relatos individuais mediante sinalizações de problemas bucais, tais como: “dor de dente”, doença cárie, presença de sangramento bucal, ou ainda, doenças sistêmicas que possam ser agravadas por complicações odontológicas. O grupo de famílias possuidoras dos dois riscos identificados são os primeiros a receber o atendimento odontológico programado (CAMBÉ, 2006b). Considerou-se que para determinar a aplicação dos princípios da equidade importa a cobertura, frequência e a forma como estão preenchidos, analisados e organizados os cadastros familiares.

A **avaliação da integralidade/efetividade dos serviços pela oferta de tratamento odontológico completo dentro da atenção básica no município**, relacionada ao terceiro objetivo específico, foi observada a partir da concentração das ações através do indicador 2Ab. Média de procedimentos odontológicos básicos individuais, tratamento básico clínico e cirúrgico concluído (TC); indicadores 2Da. Cobertura de TC em gestantes atendidas; 2Eb. Cobertura de TC familiar no ano; 2Ec. Proporção de famílias atendidas com TC e dos

indicadores que compõem o critério 2F: Atendimento aos indivíduos. Observou-se também a existência de referência e contra-referência para especialidades odontológicas de média complexidade (endodontia, periodontia, cirurgia, diagnóstico bucal, pacientes com necessidades especiais e prótese) e realização de ações de promoção e prevenção à saúde (através da análise documental e checagem de registros).

A **avaliação das Equipes em relação ao cumprimento das metas municipais** (quinto objetivo específico) foi verificada através da análise do cumprimento das metas do critério Pacto pela Saúde e do resultado da avaliação geral do município em relação aos parâmetros e metas propostos para cada indicador.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, obteve-se a Carta de Anuência junto à Secretaria de Saúde de Cambé indicando que esta tomou ciência sobre os propósitos e conteúdos da pesquisa e que autorizou a sua realização (ANEXO C).

Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL, conforme o parecer PF nº 050/09; CAAE nº 0779.0.000.268-09; folha de rosto nº 247631. (ANEXO D).

5 RESULTADOS

5.1 EXISTÊNCIA DE VAGAS PARA DEMANDA ESPONTÂNEA

Nas 11 USF do município foi observada a existência das vagas diárias para a demanda espontânea.

Todos os profissionais cadastrados no PSF deixam duas vagas diárias para o atendimento da demanda espontânea da população adulta e os não cadastrados deixam uma ou duas vagas (dependendo da carga horária do profissional) para o atendimento da população infantil que procuram o pronto atendimento.

5.2 EXISTÊNCIA DO LIVRO DE ENCAMINHAMENTO PARA O CEO DE CAMBÉ ORGANIZADO.

As 11 unidades possuem o Livro e utilizam o sistema de referência e contra referência para o agendamento e alta dos pacientes encaminhados para a média complexidade no município.

5.3 APLICAÇÃO DA MATRIZ DE INDICADORES MODIFICADA

5.3.1 Critério 2A: Pacto pela Saúde

O município atingiu classificação “Satisfatório” para todos os indicadores que compõe este critério considerando-se as metas pactuadas para o ano de 2008.

A meta de 15,0% pactuada pelo município de Cambé para a **Cobertura de Primeira Consulta Odontológica** foi superada em todas as USF que atingiram pontuação “satisfatória”. A menor cobertura foi de 16,5% na USF 01 e a maior foi de 38,5% na USF 07

considerando-se a base populacional do SIAB. Em relação aos dados do IBGE, a cobertura se mantém no nível “satisfatório”, exceto para a região da USF 08, onde se verifica modificação no valor do percentual de 31,2 para 12,5 de forma que esta unidade passa a ter um resultado “aceitável”. A cobertura total do município pelo SIAB foi de 26,3% e pelo IBGE 23,0%

Tabela 3 Indicador 2Aa: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em relação à População Cadastrada no SIAB e a Estimada pelo IBGE, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	SIAB - %	IBGE - %	SIAB	IBGE
USF 01	16.5	16.6	Satisfatório	Satisfatório
USF 02	24.4	24.6	Satisfatório	Satisfatório
USF 03	23.2	20.6	Satisfatório	Satisfatório
USF 04	27.7	27.9	Satisfatório	Satisfatório
USF 05	26.8	26.9	Satisfatório	Satisfatório
USF 06	25.1	25.3	Satisfatório	Satisfatório
USF 07	38.4	38.7	Satisfatório	Satisfatório
USF 08	31.2	12.5	Satisfatório	Aceitável
USF 09	26.2	24.7	Satisfatório	Satisfatório
USF 10	33.2	33.4	Satisfatório	Satisfatório
USF 11	29.8	26.5	Satisfatório	Satisfatório
TOTAL	26.3	23.0	Satisfatório	Satisfatório

Para o indicador **Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais** a meta pactuada foi de 1,9.

Considerando a população cadastrada no SIAB, o município alcançou 2,2 com resultado “satisfatório” em oito USF, e “aceitável” em três. A maior concentração de procedimentos por indivíduo ocorreu nas USF 08 com 5,0 e a menor na unidade 02 com 1,4. Tomando por base o IBGE quatro USF atingiram a classificação “aceitável” e oito a classificação “satisfatório”, verifica-se que a média na USF 08 diminuiu significativamente, passando para 2,0, o que reduziu a média do município para 1,9 (Tabela 4).

Tabela 4 Indicador 2Ab: Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais em relação à População Cadastrada no SIAB e a Estimada pelo IBGE e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé-PR, 2008.

USF	Procedimentos Básicos Individuais		Classificação do Indicador	
	SIAB - %	IBGE %	SIAB	IBGE
USF 01	1,6	1.6	Aceitável	Aceitável
USF 02	1,4	1.4	Aceitável	Aceitável
USF 03	1,9	1.7	Satisfatório	Aceitável
USF 04	2,2	2.2	Satisfatório	Satisfatório
USF 05	1,8	1.8	Aceitável	Aceitável
USF 06	2,0	2.0	Satisfatório	Satisfatório
USF 07	2,6	2.6	Satisfatório	Satisfatório
USF 08	5,0	2.0	Satisfatório	Satisfatório
USF 09	2,1	2.0	Satisfatório	Satisfatório
USF 10	3,8	3.8	Satisfatório	Satisfatório
USF 11	2,1	1.9	Satisfatório	Satisfatório
CAMBÉ	2,2	1,9	Satisfatório	Satisfatório

O Indicador **Cobertura de Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada** foi pactuado pelo município em 5,0%. O resultado para o município foi

“satisfatório” tanto em relação à população cadastrada no SIAB com 6,5% como na população estimada pelo IBGE com 5,7%. Seis unidades atingiram pontuação “satisfatório”, quatro “aceitável” e a unidade 01 com a menor cobertura (1,2%) ficou com pontuação “crítico”. A unidade que apresentou maior cobertura considerando as duas bases populacionais foi a 06 com aproximadamente 17,0% (Tabela 5).

Tabela 5 Indicador 2Ac: Cobertura de Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada em relação à População Cadastrada no SIAB e a Estimada pelo IBGE, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé-PR, 2008.

USF	Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada		Classificação do Indicador	
	SIAB - (%)	IBGE - (%)	SIAB	IBGE
USF 01	1,2	1,2	Crítico	Crítico
USF 02	4,3	4,4	Aceitável	Aceitável
USF 03	4,0	3,5	Aceitável	Aceitável
USF 04	3,8	3,9	Aceitável	Aceitável
USF 05	9,4	9,4	Satisfatório	Satisfatório
USF 06	16,6	16,7	Satisfatório	Satisfatório
USF 07	4,3	4,3	Aceitável	Aceitável
USF 08	19,6	7,9	Satisfatório	Satisfatório
USF 09	6,8	6,4	Satisfatório	Satisfatório
USF 10	6,2	6,3	Satisfatório	Satisfatório
USF 11	6,1	5,4	Satisfatório	Satisfatório
CAMBÉ	6,5	5,7	Satisfatório	Satisfatório

5.3.2 Critério 2B: Diagnóstico da Demanda.

Composto de quatro indicadores. Obteve-se resultado “satisfatório” em três indicadores e “insuficiente” em um Indicador.

Em relação à **Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB** e considerando a meta de 80,0%, oito unidades obtiveram pontuação “aceitável”, três, “insuficiente” e duas “crítico”. A maior proporção de famílias do SIAB cadastradas pela SB foi verificada na USF 11 com 75,9% e a menor na USF 04 com 24,4%. O Percentual geral do município foi “insuficiente” atingindo 48,6% (Tabela 6).

Tabela 6- Indicador 2Ba: Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB em Relação às Famílias Cadastradas no SIAB, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambe - PR, 2008.

USF	Famílias cadastradas pela ESB	Famílias cadastradas pelo SIAB	Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB (%)	Classificação do Indicador
USF 01	1555	2834	54,9	Aceitável
USF 02	1725	3121	55,3	Aceitável
USF 03	1273	2702	47,1	Insuficiente
USF 04	723	2965	24,4	Crítico
USF 05	908	3457	26,3	Crítico
USF 06	768	1254	61,2	Aceitável
USF 07	701	1345	52,1	Aceitável
USF 08	1148	1552	74,0	Aceitável
USF 09	791	2024	39,1	Insuficiente
USF 10	908	1286	70,6	Aceitável
USF 11	1243	1637	75,9	Aceitável
CAMBÉ	11743	24177	48,6	Insuficiente

O indicador **Proporção de Cadastros Preenchidos com Qualidade** no campo data de nascimento para o município em 10 USF foi “satisfatório” com mais de 90,0%, chegando a 100,0% na USF 03. Apenas a USF 08 apresentou índice “insuficiente” com 34,3% (Tabela 7).

Tabela 7- Indicador 2Bb: Proporção de Cadastros Preenchidos com Qualidade, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Nº Total. de Cadastros a Espera	Cadastros Preenchidos c/ qualidade	Cadastros Preenchidos c/ qualidade (%)	Classificação do Indicador
USF 01	1102	1077	97,7	Satisfatório
USF 02	1087	1084	99,7	Satisfatório
USF 03	583	583	100,0	Satisfatório
USF 04	380	348	91,6	Satisfatório
USF 05	729	724	99,3	Satisfatório
USF 06	98	96	98,0	Satisfatório
USF 07	79	78	98,7	Satisfatório
USF 08	934	320	34,3	Insuficiente
USF 09	624	619	99,2	Satisfatório
USF 10	668	657	98,4	Satisfatório
USF 11	1042	1036	99,4	Satisfatório
CAMBÉ	7326	6622	90,4	Satisfatório

A pontuação obtida pelo município para **Proporção de Cadastros Analisados pelo CD** foi “satisfatório” com 88,1% para uma meta de 100,0%. As sete

unidades que obtiveram índice “satisfatório” apresentaram este mesmo percentual ou ficaram acima de 96,0%.

Três unidades atingiram pontuação “aceitável” e uma com 34,3%, “Insuficiente” (Tabela 8).

Tabela 8 – Indicador 2Bc: Proporção de Cadastros Analisados, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Total de Cadastros Realizados	Cadastros Analisados pelo CD	Proporção de Cadastros analisados (%)	Classificação do Indicador
USF 01	1555	1551	99,7	Satisfatório
USF 02	1725	1666	96,6	Satisfatório
USF 03	1273	982	77,1	Aceitável
USF 04	723	468	64,7	Aceitável
USF 05	908	311	34,3	Insuficiente
USF 06	768	586	76,3	Aceitável
USF 07	701	701	100,0	Satisfatório
USF 08	1148	1148	100,0	Satisfatório
USF 09	791	791	98,6	Satisfatório
USF 10	908	908	100,0	Satisfatório
USF 11	1243	1243	100,0	Satisfatório
CAMBÉ	11743	10344	88,1	Satisfatório

O **Grau de Organização de Arquivo** foi “satisfatório” em 9 USF que atingiram percentual igual ou próximo de 100,0%. A USF 03 foi “aceitável” (72,4%) e a USF

05 “crítico”, com 0,0%. A pontuação geral do município para este indicador foi “satisfatório” com 88,7% (Tabela 9).

Tabela 9 Indicador 2Bd: Grau de Organização do Arquivo, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Total de Cadastros Realizados	Cad. Arquivados de acordo c/ Protocolo	Grau de organização do Arquivo (%)	Classificação do Indicador
USF 01	1555	1555	100,0	Satisfatório
USF 02	1725	1652	95,8	Satisfatório
USF 03	1273	922	72,4	Aceitável
USF 04	723	723	100,0	Satisfatório
USF 05	908	0	0,0	Crítico
USF 06	768	768	100,0	Satisfatório
USF 07	701	701	100,0	Satisfatório
USF 08	1148	1148	100,0	Satisfatório
USF 09	791	791	100,0	Satisfatório
USF 10	908	908	100,0	Satisfatório
USF 11	1243	1243	100,0	Satisfatório
CAMBÉ	11743	10411	88,7	Satisfatório

5.3.3 Critério 2C: Atendimento Domiciliar

O resultado para o município foi “aceitável” com 60,8%, medido pelo indicador **Cobertura de Visitas às Puérperas**. Dentre as USF, apenas três atingiram pontuação “satisfatório”, próxima a 100,0%. Em três unidades a classificação foi “aceitável”, quatro “insuficiente” e uma “crítico”. A menor cobertura ocorreu na USF 03 com 24,2% (Tabela 10).

Tabela 10- Indicador 2Ca: Cobertura de Visita Domiciliar às Puérperas, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Cobertura de Visitas às Puérperas (%)	Classificação do Indicador
USF 01	38,2	Insuficiente
USF 02	60,4	Aceitável
USF 03	24,2	Crítico
USF 04	51,2	Insuficiente
USF 05	98,9	Satisfatório
USF 06	33,3	Insuficiente
USF 07	97,7	Satisfatório
USF 08	68,4	Aceitável
USF 09	97,4	Satisfatório
USF 10	69,3	Aceitável
USF 11	44,2	Insuficiente
TOTAL	60,8	Aceitável

5.3.4 Critério 2D: Atendimento às Gestantes

Na Tabela 11 visualiza-se a pontuação do indicador **Cobertura de TC em Gestantes Atendidas** cuja meta era de 80,0%. Quatro USF atingiram pontuação “aceitável”, três “insuficiente” e quatro unidades pontuação “crítico”.

A maior cobertura às Gestantes ocorreu na USF 09 com 72,2% e a menor nas USF 01 e 06, ambas com 14,3%. O município atingiu 37,6% neste critério, obtendo a classificação “insuficiente”.

Tabela 11- Indicador 2Da: Cobertura de TC em Gestantes Atendidas, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Cobertura de TC em Gestantes (%)	Classificação do Indicador
USF 01	14,3	Crítico
USF 02	17,2	Crítico
USF 03	56,5	Aceitável
USF 04	17,9	Crítico
USF 05	31,9	Insuficiente
USF 06	14,3	Crítico
USF 07	57,9	Aceitável
USF 08	37,0	Insuficiente
USF 09	72,2	Aceitável
USF 10	68,0	Aceitável
USF 11	37,0	Insuficiente
TOTAL	37,6	Insuficiente

5.3.5 Critério 2E: Atendimento às Famílias

Apresenta-se com três indicadores, sendo um com resultado “aceitável” e dois “insuficiente”.

A **proporção de Famílias Convocadas no ano de 2008** de 4,1% foi “aceitável” considerando a meta proposta de 5,0%. Quatro USF atingiram percentual “satisfatório” com destaque para a Unidade 07 que convocou para tratamento odontológico 14,9% das famílias. Em quatro Unidades o indicador apresentou resultado “aceitável”, uma “insuficiente” e duas “crítico”. A menor proporção ocorreu na USF 01 com 1,2% (Tabela 12).

Tabela 12 – Indicador 2Ea: Proporção de Famílias Convocadas no Ano, e Classificação do pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Proporção de Famílias (%)	Classificação do Indicador
USF 01	1,2	Crítico
USF 02	4,0	Aceitável
USF 03	5,9	Satisfatório
USF 04	3,7	Aceitável
USF 05	1,4	Crítico
USF 06	3,6	Aceitável
USF 07	14,9	Satisfatório
USF 08	5,4	Satisfatório
USF 09	1,9	Insuficiente
USF 10	4,4	Aceitável
USF 11	5,1	Satisfatório
TOTAL	4,1	Aceitável

A proposta de **Cobertura de TC Familiar Ano** é de 4,0% das famílias cadastradas no SIAB. Neste indicador o resultado foi “insuficiente” com 2,1%. Apenas duas USF obtiveram a classificação “satisfatório”, sendo que a USF 07 atingiu a maior cobertura

com 8,8%. Em uma USF a classificação foi “aceitável”, três “insuficiente” e cinco “crítico”. A menor cobertura ocorreu nas USF 01 e 05 com menos de 1,0% (Tabela 13).

Tabela 13- Indicador 2Eb : Cobertura de TC Familiar, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Cobertura de TC Familiar no ano de 2008 (%)	Classificação do Indicador
USF 01	0,9	Crítico
USF 02	1,9	Insuficiente
USF 03	3,2	Aceitável
USF 04	1,1	Crítico
USF 05	0,8	Crítico
USF 06	1,2	Crítico
USF 07	8,8	Satisfatório
USF 08	2,4	Insuficiente
USF 09	1,2	Crítico
USF 10	4,0	Satisfatório
USF 11	2,0	Insuficiente
TOTAL	2,1	Insuficiente

O indicador **Proporção de Famílias Atendidas com TC** apresentou um resultado “insuficiente” no município com 51,7% considerando a meta de 80,0%. Apenas a USF 10 foi “satisfatório” com proporção de 91,1% de TC em relação às famílias convocadas. Cinco USF atingiram pontuação “aceitável”, e cinco “insuficientes”. A menor proporção ocorreu na USF 04 com 30,3%. (Tabela 14).

Tabela 14– Indicador 2Ec: Proporção de Famílias Atendidas, com TC, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Proporção de Famílias Atendidas com TC no Ano de 2008 (%)	Classificação do Indicador
USF 01	73,5	Aceitável
USF 02	46,0	Insuficiente
USF 03	54,4	Aceitável
USF 04	30,3	Insuficiente
USF 05	56,3	Aceitável
USF 06	33,3	Insuficiente
USF 07	59,0	Aceitável
USF 08	44,0	Insuficiente
USF 09	65,8	Aceitável
USF 10	91,1	Satisfatório
USF 11	38,6	Insuficiente
TOTAL	51,7	Insuficiente

5.3.6 Critério 2F: Atendimento aos Indivíduos

Dos quatro indicadores que o compõe, três apresentaram resultado “satisfatório” e um “insuficiente”.

A **Cobertura de TC na População Cadastrada no SIAB** foi “satisfatório” para o município com 21,0%. Todas as USF atingiram percentual superior à meta de 12,0%, com destaque para a USF 07 que apresentou a maior cobertura com 30,3%, a menor cobertura foi da USF 01 com 14,1% (Tabela 15).

Tabela 15- Indicador 2Fa: Cobertura de TC na População Cadastrada no SIAB, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Cobertura de TC na População Cadastrada no SIAB no Ano de 2008 (%)	Classificação do Indicador
USF 01	14,1	Satisfatório
USF 02	16,6	Satisfatório
USF 03	17,6	Satisfatório
USF 04	19,1	Satisfatório
USF 05	24,7	Satisfatório
USF 06	21,7	Satisfatório
USF 07	30,3	Satisfatório
USF 08	22,6	Satisfatório
USF 09	21,0	Satisfatório
USF 10	29,0	Satisfatório
USF 11	27,3	Satisfatório
TOTAL	21,0	Satisfatório

O indicador 2Fb **Proporção de TC em Indivíduos Atendidos** apresentou resultado “satisfatório” para o município que atingiu a meta de 80,0%. Das onze USF, cinco apresentaram resultado “aceitável” e seis “satisfatório”. A menor proporção ocorreu na Unidade 02 com 68,2% e a maior foi na USF 05 que atingiu 92,1% (Tabela 16).

Tabela 16- Indicador 2Fb: Proporção de TC em Indivíduos Atendidos, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé – PR, 2008.

USF	Proporção de TC em Indivíduos Atendidos no Ano de 2008 (%)	Classificação do Indicador
USF 01	85,6	Satisfatório
USF 02	68,2	Aceitável
USF 03	76,2	Aceitável
USF 04	69,1	Aceitável
USF 05	92,1	Satisfatório
USF 06	86,8	Satisfatório
USF 07	78,9	Aceitável
USF 08	72,7	Aceitável
USF 09	80,2	Satisfatório
USF 10	87,2	Satisfatório
USF 11	91,8	Satisfatório
TOTAL	80,1	Satisfatório

A **Proporção de Menores de 19 Anos Atendidos com TC** foi “satisfatório” nas 11 USF que superaram a meta de 80,0%. A pontuação geral do município foi de 93,0%, com a menor proporção na USF 03 que atingiu 80,8%. Nas USF 05, 10 e 11 a proporção ultrapassou os 100,0% (Tabela 17).

Tabela 17 Indicador 2Fc: Proporção de Menores de 19 Anos Atendidos que Receberam TC, e Classificação do pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé, 2008.

USF	Proporção de TC em Menores de 19 Anos Atendidos, no Ano de 2008 (%)	Classificação do Indicador
USF 01	98,2	Satisfatório
USF 02	89,5	Satisfatório
USF 03	80,8	Satisfatório
USF 04	88,6	Satisfatório
USF 05	107,2	Satisfatório
USF 06	91,3	Satisfatório
USF 07	79,8	Satisfatório
USF 08	81,5	Satisfatório
USF 09	95,5	Satisfatório
USF 10	102,8	Satisfatório
USF 11	102,8	Satisfatório
TOTAL	93,0	Satisfatório

O indicador **Proporção de Maior ou Igual de 19 Anos Atendidos com TC** atingiu pontuação “insuficiente” no município com 40,1%. Considerando a meta de 80,0%, três USF apresentaram resultado “aceitável”, sete “insuficiente” e uma “crítico”. A Unidade 04 atingiu a menor proporção com 25,2% e a Unidade 07 a maior com 75,3% (Tabela 18)

Tabela 18- Indicador 2Fd: Proporção de Maior ou Igual a 19 Anos Atendidos com TC, e Classificação pelo Parâmetro da Matriz por USF e Total do Município. Cambé - PR, 2008.

USF	Proporção de TC em Maiores de 19 Anos Atendidos no Ano de 2008 (%)	Classificação do Indicador
USF 01	39,2	Insuficiente
USF 02	29,6	Insuficiente
USF 03	62,5	Aceitável
USF 04	25,2	Crítico
USF 05	33,1	Insuficiente
USF 06	66,8	Aceitável
USF 07	75,3	Aceitável
USF 08	37,1	Insuficiente
USF 09	31,9	Insuficiente
USF 10	41,9	Insuficiente
USF 11	30,4	Insuficiente
TOTAL	40,1	Insuficiente

5.3.7 Resultado Final Aplicado a Matriz de Indicadores

O quadro 5 apresenta as pontuações, percentuais obtidos e a classificação nos respectivos parâmetros da Matriz de Indicadores.

USF	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Percentual Obtido	Classificação no Parâmetro da Matriz de Indicadores			
				Crítico 0 26,7%	Insuficiente 26,7% 53,3%	Aceitável 53,3% 80,0%	Satisfatório 80,0% e mais
USF 01	48	29	60,4	-	-	Aceitável	-
USF 02	48	33	68,8	-	-	Aceitável	-
USF 03	48	35	72,9	-	-	Aceitável	-
USF 04	48	28	58,3	-	-	Aceitável	-
USF 05	48	28	58,3	-	-	Aceitável	-
USF 06	48	34	70,8	-	-	Aceitável	-
USF 07	48	41	85,4	-	-	-	Satisfatório
USF 08	48	35	72,9	-	-	Aceitável	-
USF 09	48	37	77,1	-	-	Aceitável	-
USF 10	48	42	87,5	-	-	-	Satisfatório
USF 11	48	37	77,1	-	-	Aceitável	-
CAMBÉ	528	379	71,8	-	-	Aceitável	-

Quadro 5- Pontuações Máxima e Obtida, Percentual e Classificação Obtida do Serviço Odontológico das USF e do Município, no Parâmetro da Matriz de Indicadores. Cambé - PR, 2008.

A pontuação máxima (48) foi resultado da soma do valor correspondente à classificação “satisfatório” (= 3) nos 16 indicadores. A pontuação obtida foi resultante da somatória dos valores correspondentes às classificações alcançadas (crítico=0, insuficiente=1, aceitável=2 e satisfatório=3) e aplicação da fórmula para chegar ao percentual classificatório. A classificação final do Serviço Público Odontológico do município de Cambé, para a dimensão Organização dos Serviços, aplicando a Matriz de Indicadores foi “aceitável” com 71,8%.

Das 11 USF, apenas as USF 07 e 10 atingiram a pontuação “Satisfatório”, as demais obtiveram avaliação “aceitável”.

As unidades 04 e 05 foram as que apresentaram o menor percentual no município.

Na Figura 4 visualizam-se as dimensões, o resultado de todos os indicadores por critério e a classificação das USF em relação às metas da Dimensão Organização dos Serviços no ano de 2008.

2. DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO												
INDICADORES/USF	USF 01	USF 02	USF 03	USF 04	USF 05	USF 06	USF 07	USF 08	USF 09	USF 10	USF 11	CAMBÉ
2A. Pacto pela Saúde												
2Aa. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	16.5%	24.4%	23.2%	27.7%	26.8%	25.1%	38.4%	31.2%	26.2%	33.2%	29.8%	26.3%
2Ab. Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	1.6	1.4	1.9	2.2	1.8	2.0	2.6	5.0	2.1	3.8	2.1	2.2
2Ac. Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada	1.2%	4.3%	4.0%	3.8%	9.4%	16.6%	4.3%	19.6%	6.8%	6.2%	6.1%	6.5%
2B. Diagnóstico de Demanda												
2Ba. Proporção de famílias cadastradas pela ESB	54.9%	55.3%	47.1%	24.4%	26.3%	61.2%	52.1%	74.0%	39.1%	70.6%	75.9%	48.6%
2Bb. Proporção de cadastros preenchidos com qualidade	97.7%	99.7%	100.0%	91.6%	99.3%	98.0%	98.7%	34.3%	99.2%	98.4%	99.4%	90.4%
2Bc. Proporção de cadastros analisados	99.7%	96.6%	77.1%	64.7%	34.3%	76.3%	100.0%	100.0%	98.6%	100.0%	100.0%	88.1%
2Bd. Grau de organização de arquivo	100.0%	95.8%	72.4%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	88.7%
2C. Atendimento Domiciliar												
2Ca. Cobertura de visitas à puérperas	38.2%	60.4%	24.2%	51.2%	98.9%	33.3%	97.7%	68.4%	97.4%	69.3%	44.2%	60.8%
2D. Atendimento às Gestantes												
2Da. Cobertura de TC em gestantes atendidas	14.3%	17.2%	56.5%	17.9%	31.9%	14.3%	57.9%	37.0%	72.2%	68.0%	37.0%	37.6%
2E. Atendimento às Famílias												
2Ea. Proporção de famílias convocadas no ano	1.2%	4.0%	5.9%	3.7%	1.4%	3.6%	14.9%	5.4%	1.9%	4.4%	5.1%	4.1%
2Eb. Cobertura de TC familiar no ano	0.9%	1.9%	3.2%	1.1%	0.8%	1.2%	8.8%	2.4%	1.2%	4.0%	2.0%	2.1%
2Ec. Proporção de famílias atendidas com TC	73.5%	46.0%	54.4%	30.3%	56.3%	33.3%	59.0%	44.0%	65.8%	91.1%	38.6%	51.7%
2F. Atendimento aos Indivíduos												
2Fa. Cobertura de TC na população cadastrada	14.1%	16.6%	17.6%	19.1%	24.7%	21.7%	30.3%	22.6%	21.0%	29.0%	27.3%	21.0%
2Fb. Proporção de TC em indivíduos atendidos	85.6%	68.2%	76.2%	69.1%	92.1%	86.8%	78.9%	72.7%	80.2%	87.2%	91.8%	80.1%
2Fc. Proporção de < de 19 anos atendidos com TC	98.2%	89.5%	80.8%	88.5%	107.2%	91.3%	79.8%	81.5%	95.5%	102.8%	102.8%	93.0%
2Fd. Proporção de ≥ 19 anos atendidos com TC	39.2%	29.6%	62.5%	25.2%	33.1%	66.8%	75.3%	37.1%	31.9%	41.9%	30.4%	40.1%
Pontuação Obtida	29	33	35	28	28	34	41	35	37	42	37	379
Pontuação Máxima	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	528
Classificação Final	60.42	68.75	72.92	58.33	58.33	70.83	85.42	72.92	77.08	87.50	77.08	71.78

Legenda:

Crítico = 0

Insuficiente=1

Aceitável=2

Satisfatório=3

Figura 4 – Classificação das USF em Relação às Metas no ano de 2008.

6 DISCUSSÃO

No presente trabalho realizou-se uma análise para verificar como a mudança no modelo de atenção tem se refletido na produção de serviços e no alcance das metas propostas pelo município. Os objetivos e metas estabelecidos para os programas implantados pressupõem que foram consideradas as dificuldades, os recursos disponíveis e sinalizam quais são os resultados esperados através de análise, planejamento e avaliação das atividades e ações dos profissionais.

A organização de novas práticas pressupõe que haja uma mudança no processo de trabalho e na forma como os serviços estão organizados para atingir os resultados desejados (AGUILERA, 2006).

Nesse estudo foram observadas algumas dificuldades e construídas algumas sugestões que poderão ser implementadas pelos serviços visando melhorias no processo de trabalho das ESB junto à gestão municipal de Cambé.

Como já relatado na metodologia, os resultados foram agrupados e comentados conforme os objetivos específicos propostos.

6.1 COBERTURA DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL AOS INDIVÍDUOS, ÀS FAMÍLIAS E GRUPOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS

Para avaliar a cobertura das ações de SB para a população foram utilizados os seguintes indicadores:

- Cobertura de primeira consulta odontológica programática
- Cobertura de ação coletiva escovação dental supervisionada
- Cobertura de visita domiciliar às puérperas
- Proporção de famílias convocadas no ano
- Existência de vagas diárias nas agendas para o atendimento da demanda espontânea, permitindo o acesso da população ao atendimento odontológico.

Indicador 2Aa: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

A classificação geral do município foi “satisfatório”, com cobertura de 26,3% considerando a população cadastrada pelo SIAB e 23,0% da população pelo IBGE (Tabela 3). Este resultado é superior à média do estado do Paraná, que atingiu 13,67% em 2008. Os municípios de Arapongas e Apucarana, que possuem o mesmo porte populacional de Cambé e cobertura pela ESF próxima a 100,0%, atingiram cobertura em torno de 11,0% (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c).

Considerando a cobertura geral no município, verificou-se nos relatórios de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde um aumento gradativo nos últimos anos, com 13,76% em 2006, 22,03% em 2007, e 21,62% em 2008. (BRASIL, 2010d; BRASIL, 2010e).

No ano de 2008, observou-se pequena diferença entre o resultado registrado no Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO), de 21,62%, que utiliza informações do SIA, e o calculado nesta pesquisa, 23,0%, cujos dados foram coletados nos relatórios de produção individual das ESB. Esta diferença provavelmente se deve a falhas na digitação do sistema de informação ou na transcrição dos registros para o relatório que alimenta o SIA do SUS.

O registro correto das informações é importante na medida em que subsidia a alimentação dos sistemas de informação do SUS e possibilita aos gestores a realização de avaliações e monitoramento dos serviços. O treinamento dos profissionais responsáveis pela informação e digitação deve ser um procedimento rotineiro a ser adotado pelos gestores. Observou-se também que entre as USF não há homogeneidade nos resultados. Existem diferenças significativas entre elas, demonstrando necessidade de melhores avaliações em relação à distribuição dos serviços e/ou das equipes frente às características e necessidades das famílias das áreas de abrangência.

A USF 08 (Centro de Saúde) apresenta uma particularidade em relação às demais. Com duas equipes de SF e uma ESB (Quadro 1), é a que possui maior abrangência populacional e menor cobertura de cadastramento pela ESF, com menos de 50,0% de famílias cadastradas para atendimento pela ESF (Tabela 1). As demais USF têm cobertura superior a 89,0%. Por esta razão, os resultados de cobertura de consultas odontológicas com base na população cadastrada no SIAB são aparentemente superiores aos da maioria das USF, porém quando analisamos a cobertura com base na população total da área de abrangência da USF, o resultado da cobertura passa a ser apenas aceitável, não apresentando, portanto,

melhor desempenho em relação as demais áreas. Apesar de parte da população desta área não estar cadastradas pela ESF, para o atendimento odontológico a população, principalmente infantil, está tendo acesso ao tratamento odontológico na USF.

Esta USF localiza-se na área central do município, onde reside a população de melhor condição socioeconômica. Esta pode ser uma das razões para a menor cobertura pela ESF.

Segundo fontes da SMS de Cambé, apesar dos esforços realizados pelas equipes, muitos moradores não são encontrados em suas residências no período do dia. Além disso, parte da população desta área recusa o cadastramento pelo PSF por não terem interesse em serem acompanhados pelo programa ou já possuem planos de saúde.

Estudos de diversos autores demonstram a menor utilização dos serviços do SUS pela população de maior escolaridade e poder aquisitivo. Barros e Bertoldi (2002) afirmam em seu trabalho que 68,0% dos atendimentos odontológicos realizados pelo SUS foram utilizados pelos mais pobres; entre a população de maior poder aquisitivo apenas 4,0% utilizaram o serviço público.

A Cobertura de Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada - indicador 2Ac (tabela 5) é dirigida necessariamente a um grupo de indivíduos e não a uma ação individual. O resultado obtido neste trabalho foi de 5,7%, calculado com base em informações colhidas nos relatórios das ESB, porém, no SISPACTO consta um resultado de 0,6%, indicando sub-notificação na alimentação do SIA.

No SISPACTO, em 2006, o município alcançou o resultado de 3,7% de cobertura; já nos anos de 2007 e 2008, provavelmente pelo fato deste indicador não ser de pactuação obrigatória para os municípios, as metas não foram registradas ou pactuadas pelo município.

Entre as USF também não houve homogeneidade nos resultados obtidos. O desenvolvimento de ações coletivas de prevenção e promoção à saúde obteve desempenho “satisfatório” na maioria das USF, especialmente na USF 06, o que compensou o desempenho “crítico” apresentado pela USF 01. Nesta unidade as ações não estão sendo priorizadas, ainda que a equipe conte com três ESB cadastradas e uma TSB (Quatro1).

No município de Cambé, esta ação, ainda que seja desenvolvida também com outros grupos, é voltada prioritariamente aos escolares da rede municipal localizadas no território de abrangência das USF. Esta mesma característica foi observada em outros municípios, conforme relatado em trabalhos apresentados por Chaves e Vieira-da-Silva

(2007), Roncalli et al. (2009), o que parece evidenciar a dificuldade dos serviços em superar o antigo modelo de atenção exclusiva aos escolares.

É importante também analisar de que forma estão sendo realizadas as atividades coletivas e avaliar a sua efetividade. Se essa ação for realizada acriticamente com os profissionais se limitando a repassar as informações sem levar em conta os interesses e a capacidade de compreensão da população e sem estimular a participação e a troca de conhecimento entre os participantes, essas ações deixam de exercer sua função não produzindo os resultados esperados. Noro (2008) descreve em seu trabalho que há necessidade de realizar análise e sistematização desse tipo de ação.

Indicador 2Ca: Cobertura de Visita Domiciliar às Puérperas - Na ESF as visitas domiciliares se constituem em importante ação no sentido das equipes conhecerem o ambiente familiar, identificarem fatores de risco aos quais as famílias estão expostas e intervir de forma apropriada, estabelecendo o vínculo entre a equipe e comunidade.

Para Kawamoto, Santos e Matos (1995, p.35): “Visita Domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”. Para estes autores, as prioridades da visita domiciliar incluem, entre outros, os recém-nascidos e gestantes de risco.

Segundo Takahashi e Oliveira (2001, p.43), “A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade”

No serviço odontológico de Cambé, as visitas domiciliares às puérperas fazem parte do quadro de atividades das ESB e assim como as visitas aos acamados e às famílias que foram selecionadas para o atendimento odontológico, apesar de não constarem do indicador, foram preconizadas pelo protocolo de atenção odontológica do município (registradas no relatório de produção das unidades e no livro de visitas) estão estabelecidos como ações estratégicas para ampliar o acesso, auxiliar no diagnóstico da demanda, desenvolver ações educativas e fortalecer o vínculo entre a ESB e os indivíduos e famílias visitadas.

As visitas às puérperas são recomendadas no protocolo como forma de orientar os pais sobre os cuidados com a SB da família e repassar informações sobre a importância do aleitamento materno e os primeiros cuidados com a higiene bucal da criança. Possibilitam também a programação do primeiro atendimento do bebê na unidade de saúde e o agendamento da mãe ao serviço odontológico, caso tenha iniciado o tratamento clínico e não o tenha concluído no período gestacional. As visitas são realizadas pelas ESB (CD, TSB,

ASB e ACS) vinculadas às equipes de saúde da família da área de abrangência da USF, tão logo os recém-natos retornam da maternidade para o domicílio (CAMBÉ, 2006b).

As ações realizadas no ambiente familiar têm um papel importante para a sensibilização dos pais e demais membros da família quanto à importância da saúde bucal, estimulando o autocuidado, identificando as necessidades e aspirações em saúde dos moradores e repassar informações sobre promoção de saúde e qualidade de vida (KRIGER; TAVARES, 2008).

Nas USF 07 e 09 a cobertura de visitas foi superior a 97,0% demonstrando a qualidade dos serviços destas equipes. No entanto, na maioria das outras USF, o indicador demonstrou um desempenho aquém do desejado, especialmente na unidade 03 com classificação crítica e nas unidades 01, 04, 06 e 11 com classificação “insuficiente” (Tabela 10), resultando numa classificação apenas “aceitável” para o município, o que pode ser preocupante já que as crianças menores de um ano fazem parte do grupo prioritário para atendimento.

Pode estar ocorrendo falha no repasse de informações para as ESB quanto ao número de nascimentos na área indicando que o entrosamento entre a ESB e os demais componentes da equipe de SF não está acontecendo como o previsto. Outro motivo pode ser a ausência do CD ou outro representante da ESB nas reuniões de área. Diversos autores relatam a pouca participação da ESB nas reuniões de equipe e as dificuldades de entrosamento entre os profissionais (BALDANI, 2005; AERTS ABEGG; CESA, 2004).

Pode significar, também, falta de conhecimento pela equipe sobre as normas do protocolo. Os gestores devem estar atentos e realizar acompanhamento constante, avaliando a aplicação do protocolo e sua efetividade (WERNECK, 2009).

Como a cobertura em menores de um ano é satisfatória conforme observado nos relatórios de produção odontológica, possivelmente os mesmos estão sendo incluídos no programa por outras vias previstas no fluxograma estabelecido no protocolo e representados no modelo lógico (ANEXO B), tais como a procura direta pelas mães nas USF e encaminhamento pelo médico e/ou enfermeiro a partir da puericultura, já que a abordagem quanto à SB está inserida nas ações realizadas pelos profissionais da ESF no atendimento às gestantes e mães de bebês nos atendimentos de puericultura. Historicamente o município prioriza as crianças menores de um ano, apresentando uma boa cobertura e resolutividade, a qual é demonstrada pela baixa prevalência de cárie aos 12 anos conforme os resultados apresentados nos levantamentos epidemiológicos de cárie realizados pelo município (Figura 1).

Indicador 2Ea: Proporção de Famílias Convocadas no Ano. Na ESF a atenção deve ser prioritária a família, sendo um espaço estratégico para atuação com abordagem integral e obtenção de resultados favoráveis quanto à promoção e manutenção da SB de todos os seus componentes.

Souza e Roncalli (2007), Pattussi et al. (2008) citam que o PSF tem como base e núcleo central as famílias e é nela que o processo saúde-doença se manifesta e terá boa ou má resolução. Por isso elege-se a família como a “unidade primária para a saúde e para o cuidado de seus membros” (PATUSSI et al., 2008, p. 213).

Para Moysés e Kriger (2008, p.216) “O núcleo familiar é considerado uma unidade social essencial para promover bem-estar físico e emocional”. O principal objetivo da ESF é a reorganização dos serviços assistenciais em saúde e tem como foco de atenção a família percebida em seu ambiente físico e social (BRASIL, 2009; LUCIETTO, 2008). A família, e não mais o indivíduo, passou a ser o foco da ação programática em saúde (SILVA, 2008).

O indicador 2Ea (tabela 12) mostrou que em 2008 a proporção de famílias convocadas para o atendimento odontológico ficou aquém da esperada, resultando numa classificação apenas aceitável para o município. Comparando este resultado com a cobertura de primeira consulta odontológica, onde todas as USF superaram a meta pactuada de 15,0% (Tabela 3), constatou-se que o acesso aos serviços odontológicos não tem ocorrido de forma prioritária por meio de convocação de famílias.

Além disso, verificou-se uma desproporção muito grande entre as regiões de abrangência das USF considerando a distribuição dos profissionais apresentada na tabela 2. Enquanto em algumas regiões a proporção de famílias convocadas foi inferior a 2,0% (USF 01, 05 e 09), em outra (USF 07), o resultado foi de aproximadamente 15,0%, representando uma proporção três vezes maior que a meta pactuada. É importante verificar como está se dando a distribuição dos profissionais entre as unidades e considerar também as diferenças na forma de atuação e ou engajamento dos mesmos aos serviços.

Consta também nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que os profissionais devem utilizar de 75,0 a 85,0% das horas trabalhadas na assistência curativa para tentar suprir as necessidades acumuladas devido à demanda reprimida por serviços clínicos (BRASIL, 2004d), as demais horas podem e devem ser utilizadas em atividades promocionais e preventivas além de planejamento, avaliação e elaboração de estratégias de ação.

A grande diferença na proporção de famílias convocadas para tratamento entre as unidades pode significar: subutilização da capacidade instalada em algumas dessas

USF, resultando em potencial ociosidade de alguns profissionais e serviços; desinteresse ou falta de conhecimento das famílias de algumas áreas sobre a importância do tratamento odontológico; falta de reconhecimento por parte de alguns profissionais sobre a importância e necessidade do atendimento odontológico ser realizado em todos os membros familiares; número de ESB menor do que de equipes de SF; e maior número de profissionais não cadastrados na ESF que atendem somente crianças e manutenções dos programas anteriores em relação ao número de CD cadastrados na ESF que atendem todos os membros familiares, especialmente os adultos.

Uma reestruturação do programa de forma que todos os profissionais, cadastrados ou não, passem a atuar na lógica da ESF poderia ser uma forma de ampliar essa cobertura. É necessário que haja treinamento dos profissionais e reformulações nas formas de planejamentos adotados pelas equipes e gestores (PADILHA et al., 2005).

Os dados epidemiológicos levantados em 2008 demonstram que no município há boa condição de saúde bucal das crianças com tendência de declínio da cárie dentária aos 12 anos de idade e aumento de crianças livres de cárie aos três anos. Sabe-se hoje, pelos resultados apresentados em vários trabalhos, que no Brasil a redução da cárie em crianças ocorre principalmente devido a medidas de proteção e prevenção à saúde como a ampliação do acesso a água e creme dental fluorados. No entanto, em Cambé, a prioridade dada às crianças ao longo dos anos também teve papel de destaque na redução dos índices de cárie no município, conforme podemos observar pelos bons resultados apresentados nos levantamentos epidemiológicos realizados no município (Figura 1).

Já na população adulta, que até então tinha pouco ou nenhum acesso aos serviços de forma regular, foi encontrado um elevado índice de cárie e alta prevalência de doença periodontal (LEVANTAMENTO epidemiológico, 2008).

Considerando a meta pactuada de 5,0% de famílias ao ano o município levaria em média, caso todas as unidades conseguissem atingir esta cobertura, 20 anos para atender 100% das famílias cadastradas, tempo este potencialmente longo à luz da universalidade do acesso. Zanetti (2005), propõe para a cobertura total da população adulta, utilizando basicamente a técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART), um limite de cinco anos para a população acima de 15 anos e três anos para crianças até 14 anos. Porém, não foi encontrada nenhuma outra fonte que comprove que este tempo é suficiente para o atendimento de toda população, uma vez que para a atenção odontológica aos indivíduos é necessário levar em conta o número de profissionais por habitante, a capacidade instalada, as necessidades, o tipo de atendimento dado e a técnica utilizada para dar o TC.

Mesmo que a oferta programática seja insuficiente a disponibilidade de vagas diárias para o atendimento da demanda espontânea em todas as unidades (conforme observado nas agendas clínicas dos profissionais e nos relatórios de produção individual dos profissionais) também é um fator importante para promover o acesso da população, independente da faixa etária.

As vagas para a população adulta são disponibilizadas nas agendas dos profissionais cadastrados na ESF, e para as crianças nas agendas dos profissionais não cadastrados, dando uma resposta à demanda espontânea que procura o serviço e têm sua necessidade imediata atendida. Segundo Merhy (2006a), esta oferta é importante, sendo um erro estratégico na implantação da ESF, organizar e estruturar o serviço para atendimento exclusivo de usuários referenciados pelas equipes sem dar uma resposta satisfatória aos que procuram a unidade com problemas agudos de saúde.

A garantia de atendimento a crianças, gestantes, a captação das famílias, a realização de atividades coletivas e a garantia de vagas diárias para o pronto atendimento demonstram que o acesso ao serviço foi viabilizado de forma a contemplar todas as faixas etárias.

No entanto, a universalidade fica comprometida quando se analisa que a cobertura de famílias, gestantes e especialmente dos adultos na maioria das unidades foi menor do que a meta pactuada, representando um percentual baixo de cobertura quando se leva em conta a população como um todo.

Estes resultados evidenciam a necessidade de se rever as estratégias e estabelecer mecanismos que garantam a ampliação do acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde bucal, bem como implementar e ampliar as ações coletivas de educação e promoção à saúde a estes indivíduos.

Segundo Allegretti e Santos (2008), definir estratégias de atenção a adultos dentro do contexto familiar exige da equipe procurar formas de promover o acesso, dar resolutividade e melhorar as condições de saúde bucal desses indivíduos e para isso é necessário o conhecimento dos papéis que esses adultos exercem na família e na comunidade.

6.2 REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES NA ÁREA DE SAÚDE BUCAL PELAS EQUIPES

A realização do **Diagnóstico da Demanda** é um procedimento muito importante para levantamento das reais necessidades da população da área de abrangência. Considerou-se que, para determinar a sua aplicação, importa a cobertura (quantidade), frequência, e a forma como estão preenchidos, analisados e organizados os cadastros familiares.

A ESF se caracteriza pela necessidade da equipe em conhecer a comunidade em que atua (perfil dos usuários, morbidade, características sócio-econômicas) a fim de planejar, organizar a oferta de serviços segundo as necessidades da população, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas. O cadastramento das famílias é uma atividade realizada pelos ACS em suas microáreas de abrangência e entregues para avaliação dos demais membros das equipes.

Na rotina das equipes, esse processo deve ser dinâmico e as informações devem ser atualizadas constantemente (BRASIL, 2006b).

Segundo Bueno; Cordoni Junior; Mesas (2010) o cadastramento das famílias possibilita conhecer a comunidade em que se atua e estabelecer critérios de acessibilidade com priorização de problemas, visando atingir a equidade no atendimento.

Nas ESB, assim como na ESF, a atenção deve prioritariamente estar centralizada na família, sendo espaço estratégico para atuação com abordagem integral e obtenção de resultados favoráveis quanto à promoção e manutenção da SB.

É necessário que as ações sejam organizadas a partir de estratégias de programação e priorização que levem em conta a necessidade da população da área de abrangência (SOUZA, 2005). A definição de critérios sociais e biológicos para priorizar o atendimento das famílias é coerente com o princípio da equidade na medida em que não há possibilidade de atender a todas de forma imediata. No entanto, dentre os princípios doutrinários do SUS, a equidade parece ser o aspecto mais vulnerável no sistema.

Indicador 2Ba: Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB
(Cobertura do cadastro pela ESB).

Considerando que a cobertura populacional pela ESF no município é de 87,49% e a Proporção de Famílias Cadastradas pela ESB é de 48,6%, verificou-se que o

cadastramento odontológico (tabela 6) não está sendo realizado rotineiramente pelos ACS. Este fato impede que a ESB tenha um panorama geral das famílias de seu território e identifique aquelas que se encontram em situação de maior risco e vulnerabilidade.

A baixa cobertura de cadastramento familiar, em particular nas unidades 04 e 05 onde o indicador atingiu níveis críticos de cadastramento (menos de 27,0%) e no município, com resultado “insuficiente”, deve interferir negativamente no princípio da equidade, já que a porta de entrada preferencial das famílias para o tratamento é resultado da análise desse cadastro.

É importante que os gestores e as ESB reforcem para os demais membros da equipe de SF a necessidade de realizar constantemente o cadastramento até a cobertura completa da população da área de abrangência como forma de ser o mais justo possível na convocação das famílias com maior risco.

Faz parte do trabalho da equipe manter atualizado o cadastramento das famílias e utilizá-lo para a análise, diagnóstico situacional e implementação das atividades segundo os critérios de risco à saúde (BRASIL, 2006b).

Indicador 2Bb: Proporção de Cadastros Preenchidos com Qualidade.

A qualidade no preenchimento dos arquivos permite que a equipe possa realizar uma avaliação criteriosa dos dados, além de garantir maior fidedignidade dos resultados.

Para este indicador, considerou-se que os campos da data de nascimento dos moradores deveriam estar preenchidos de forma correta, já que idade e quantidade dos moradores (maior número de crianças com menor faixa etária) são fatores importantes como critério de desempate na ordem de convocação das famílias de maior risco. O resultado do indicador 2Bb aponta qualidade no preenchimento dos cadastros, demonstrando o empenho dos ACS quanto à coleta de informações que são utilizadas pela ESB para o diagnóstico na maioria das USF com exceção da USF 08 que apresentou qualidade “insuficiente” (tabela 7). Pode ser que esteja ocorrendo alta rotatividade de ACS nesta área o que explicaria a dificuldade por parte desses agentes de compreender a importância de realizar os cadastramentos de forma correta. É necessário que todos os ACS sejam capacitados para compreender a necessidade de realizar os cadastramentos odontológicos constantemente e com qualidade da mesma maneira com que realizam os cadastramentos para o PSF e demais atividades da saúde. O MS preconiza que os ACS devem cadastrar e manter atualizados os cadastros de todas as pessoas de sua microárea, além de manter a equipe informada a respeito das famílias de risco (BRASIL, 2006b).

Os indicadores 2Bc, Proporção de Cadastros Analisados (tabela 8) e 2Bd, Grau de Organização do Arquivo (tabela 9), relacionam-se ao processo de trabalho das ESB.

Indicador 2Bc: Proporção de Cadastros Analisados.

Os cadastros rotineiramente devem ser analisados pelo CD para classificação de risco, de forma a contemplar os critérios de equidade estabelecidos no protocolo. A observância deste critério é fundamental, no sentido de buscar diminuir a desigualdade no acesso.

A maioria das USF tem realizado rotineiramente a análise dos cadastros. Em três unidades a avaliação encontra-se dentro do “aceitável” e apenas na USF 05 a classificação foi “insuficiente”, com apenas 34,3% dos cadastros analisados. Torna-se necessário que os profissionais de SB sejam esclarecidos sobre a importância de realizar esses procedimentos em todos os cadastros para que as famílias chamadas sejam aquelas que realmente apresentem maior situação de risco. É necessária a adequação do perfil dos profissionais para atuarem na lógica do novo modelo de atenção preconizado pelo município e determinado no protocolo. A adequação do perfil dos profissionais que atuam nos serviços deve ser efetuada através de capacitações para os que já atuam e investimento na formação de novos profissionais (BRASIL, 2006b; SILVEIRA FILHO, 2002; SILVA; 2008).

Indicador 2Bd: O Grau de Organização do Arquivo vai determinar de que forma está se dando a utilização do cadastro.

O arquivamento adequado dos cadastros tem por objetivo permitir a realização de avaliação, planejamento e organização das ações, além de facilitar o acompanhamento das famílias em atendimento, que abandonaram o tratamento, que receberam TC e as que estão em espera para tratamento (CAMBÉ, 2006b).

Durante a checagem de registros foi identificado que algumas USF não seguiam a padronização definida no protocolo para o controle de famílias e usuários atendidos (foram encontrados cadastros não analisados, cadastros avaliados não arquivados na ordem classificatória de risco, cadastros de famílias atendidas junto com não atendidas, cadastros sem a data da alta, cadastros de famílias em abandono misturados com cadastros de famílias em tratamento). Este fato dificultou a coleta de dados e demonstrou que nem todos os profissionais seguem as recomendações propostas no protocolo. Isso pode ser resultado das atuações individuais dos profissionais, indicando que nem todos foram suficientemente capacitados ou sensibilizados para a mudança no processo de trabalho, ou pode significar também falta de comprometimento com o serviço. Noro (2008) relata falta de envolvimento

de muitos profissionais que continuam encarando o serviço público como um “bico”, limitando potencialmente os serviços.

A qualidade a ser impressa em cada ação vai depender do conhecimento, do compromisso, da implicação e do valor atribuído ao serviço pelo trabalhador ou à responsabilidade de cada profissional (e da equipe) na decisão pelo emprego do protocolo (WERNECK, 2009). A falta de conhecimento e compreensão sobre o novo modelo assistencial proposto e a resistência a mudanças na antiga forma de atuação por esses mesmos atores podem comprometer os resultados do programa e do sistema de saúde como um todo. (TEIXEIRA, 2006).

A USF 05 não realiza nenhum tipo de organização no arquivo e, como já observado anteriormente nos outros indicadores necessários para o correto diagnóstico da demanda, este fato pode comprometer todo o serviço. Seria aconselhável que os gestores realizassem uma análise criteriosa sobre o que está acontecendo nesta unidade, já que a mesma possui três equipes cadastradas na ESF, com uma proporção de 1ESB/1ESF, além de vários CD não cadastrados que auxiliam na manutenção dos programas anteriores e no atendimento às crianças (tabela 2).

Para que o atendimento às famílias seja equânime é necessário que a equipe tenha clareza sobre a importância de realizar e atualizar constantemente o cadastramento odontológico, da mesma forma que é feito com Ficha de Acompanhamento Familiar (Ficha A) do SIAB. Deve-se proceder também à avaliação correta dos mesmos, como forma de conhecer a realidade das condições de saúde bucal da população da área de abrangência e aplicar os critérios de seleção. A equipe deve promover a análise e diagnóstico situacional, participar do planejamento e, em seguida, elaborar planos de trabalho que produzam impactos e modifiquem a situação da doença (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006b; SILVA, 2008).

Nas USF onde o cadastramento não está ocorrendo de forma regular e não estão sendo avaliados os critérios de risco é necessário reverter esta situação, a fim de que o serviço cumpra seu papel no sentido de atender àqueles que mais necessitam da atenção e muitas vezes nem procuram o serviço. Em pesquisa de base populacional representativa da cidade de Pelotas, realizada por Camargo, Dumith e Barros (2009), verificou-se que 68,0% dos indivíduos de acima de 20 anos só procurariam o serviço odontológico quando sentissem dor ou algum desconforto. Entre usuários de serviços públicos que utilizam os serviços odontológicos, o uso regular é menor entre os mais pobres e menos escolarizados.

Barros e Bertoldi (2002), analisando dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, mostram baixa utilização dos serviços

odontológicos e grandes desigualdades no acesso e utilização destes serviços. Indivíduos de baixa renda têm quase oito vezes menos chances de receber atendimento odontológico do que um indivíduo de alta renda. Ainda segundo estes mesmos autores, a preocupação com as desigualdades em saúde deve ocupar lugar de destaque, da mesma forma como é tratada a desigualdade social e de renda em especial quando se observa que, mesmo reconhecendo a importância da SB, uma parcela significativa da população não tem acesso a serviços odontológicos.

Para a melhoria da qualidade de vida da população, há necessidade de estabelecer uma atitude de co-responsabilidade dos profissionais em relação aos moradores de seu território, e da população, que deve assumir a responsabilidade pelos cuidados com a própria saúde (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

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

6.3 A INTEGRALIDADE/EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS PELA OFERTA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMPLETO DENTRO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO

A **integralidade/efetividade dos serviços**, relacionada ao terceiro objetivo específico, caracterizou-se pela média de procedimentos odontológicos individuais, número de tratamentos completados nas gestantes, famílias e indivíduos.

A **média de procedimentos odontológicos básicos individuais - indicador 2Ab**, estima em que medida os serviços odontológicos estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população (BRASIL, 2006a).

O município atingiu classificação “satisfatório” neste indicador, tanto com cálculo baseado em dados do SIAB, quanto com base no IBGE.

Segundo os relatórios do SISPACTO, a média de 1,7 em 2006, subiu, em 2007, para 1,9. A média de 2008 não consta no relatório do SISPACTO, já que este indicador não foi pactuado pelo município por não ser de pactuação obrigatória. A média encontrada nesta pesquisa, a partir dos dados dos relatórios de produção, apresentou os mesmos resultados de 2007 quando calculado com base nos dados populacionais do IBGE e obteve 2,2

com base na população do SIAB (tabela 4). O município apresentou, em 2008, um resultado superior a média geral de 0,9 obtida no estado e apresentada pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, no ano de 2008 (BRASIL, 2011a).

Uma média muito baixa de procedimentos por indivíduos pode significar necessidades não atendidas e maior número de retornos para a conclusão do tratamento. Pode significar também que a equipe não esteja aproveitando os momentos de contato com o usuário para resolver o maior número de problemas bucais que o mesmo apresenta.

Indicador 2Da: Cobertura de TC em Gestantes Atendidas.

Nas gestantes, as alterações fisiológicas apresentadas durante a gravidez acabam por criar condições adversas no meio bucal, tornando-as um grupo de risco para as doenças bucais quando na presença de placa bacteriana não controlada (DUALIBI; DUALIBI, 1985; ROSSEL, 1998).

A variedade de manifestações bucais associadas à gestação requer cuidados odontológicos tanto clínicos quanto educacionais, portanto o início da promoção em SB deve começar o mais precocemente possível, ainda durante o início da gestação, cuidando para que a gestante tenha um bom estado de SB, educando-a para cuidar da sua saúde bucal e de seu filho (SILVA, 1998).

Apesar das gestantes sofrerem alterações fisiológicas e hormonais sabe-se, atualmente, que o aumento de cárie dentária na gravidez se dá pela negligência de cuidados e não pela gestação.

A gravidez por si só não determina um quadro de doença periodontal, porém acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle da placa bacteriana (BRASIL, 2006a).

As gestantes quando orientadas e motivadas podem tornar-se agentes multiplicadoras de hábitos saudáveis para a criança e todos os seus familiares (MOIMAZ et al., 2007).

Por esses fatores, as gestantes fazem parte do grupo prioritário para o atendimento odontológico no município.

O resultado da Cobertura de TC em Gestantes Atendidas (tabela 11) demonstrou a dificuldade das unidades na conclusão dos tratamentos odontológicos nessas mulheres.

Em três unidades os resultados foram aceitáveis com destaque para a USF 09 que atingiu 72,2% de cobertura, demonstrando que é possível ampliar a cobertura e apresentar bons resultados quanto a conclusão do tratamento odontológico nessas mulheres.

No entanto, para este indicador, o município atingiu classificação “insuficiente” e as unidades 01, 06 e 04 atingiram níveis críticos, evidenciando que a maioria das equipes não estão conseguindo inculcar nas gestantes a importância da realização e manutenção do tratamento odontológico neste período.

Ainda que o município priorize as gestantes, facilitando o acesso em qualquer período gestacional e garantindo a continuação e conclusão do tratamento inclusive no período pós-parto, não há grande adesão desse grupo ao tratamento. Essa mesma constatação foi apresentada por outros autores que realizaram trabalhos com gestantes (MOIMAZ et al., 2007; MORETI; NAKAGAWA, 2007). O grande número de abandonos pode representar também uma falha dos serviços quanto as ações educativas de promoção à saúde e dificuldade das equipes de inculcar nessas mulheres noções sobre a importância dos cuidados com a sua saúde bucal e do quanto ela pode interferir na qualidade de sua gestação.

Apesar de amplamente reconhecida a importância da atenção odontológica para as gestantes, alguns autores descrevem as dificuldades para captar e concluir o tratamento neste grupo. Entre estas dificuldades, as mais citadas são: medos e tabus, a crença de que dor de dente está associada à condição da gravidez, o grande número de gestantes que não reconhecem a saúde bucal como fator importante para manutenção de sua saúde e do bebê neste período e as condições fisiológicas próprias do período gestacional (desconforto, náusea, tonturas, entre outros) provocando faltas e abandono. Além disso, muitos profissionais não se sentem suficientemente seguros para realizar o tratamento (CODATO, 2006; MOIMAZ et al., 2007; MORETI; NAKAGAWA, 2007; ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; SILVA, 1998).

É importante que os profissionais orientem as gestantes sobre os cuidados de saúde bucal, procurem realizar sessões mais breves trabalhando com adequação do meio bucal postergando, quando possível, para período pós-gestacional a realização de restaurações extensas e procedimentos muito invasivos, como forma de tentar evitar o grande número de abandonos e aumentar a aceitação do tratamento por essas mulheres.

É necessário difundir informações e desenvolver trabalhos educativos direcionados às gestantes como forma de desmistificar o atendimento odontológico e ampliar a adesão ao tratamento (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002; MOIMAZ et al., 2007).

Indicador 2EB: Cobertura de TC Familiar no Ano; e 2Ec: Proporção de Famílias Atendidas com TC

A análise dos indicadores 2Eb: Cobertura de TC Familiar no Ano (tabela 13) e 2Ec: Proporção de Famílias Atendidas com TC (tabela 14), permitiu constatar que a dificuldade das ESB de concluir os tratamentos odontológicos não se restringe às gestantes.

O indicador 2Eb revelou que apenas 2,1 % das famílias cadastradas na ESF concluíram o tratamento odontológico. Também neste indicador a desproporção entre as USF é evidente, com resultados que variam de menos de 0,9% até 8,8%.

Já pelo indicador 2EC, verificou-se que do total de famílias que iniciaram o tratamento odontológico, em apenas 51,7% delas todos os seus integrantes receberam TC. Ressalta-se que para que a família receba alta do programa é necessário todos os seus integrantes, mesmo aqueles que necessitem dos serviços de média complexidade, tenham completado o tratamento.

Os resultados apresentados evidenciam a dificuldade das ESB em completar o tratamento odontológico em todos os membros da família, especialmente nos adultos.

Indicador 2Fa: Cobertura de TC na População Cadastrada no SIAB e 2Fb: Proporção de TC em Indivíduos Atendidos.

Nestes indicadores leva-se em conta o número de TC nos indivíduos atendidos, independentemente da forma como foram captados e de pertencerem ou não ao atendimento programático. No município, para que o indivíduo receba o TC é necessário que todos os procedimentos restauradores e cirúrgicos básicos tenham sido realizados.

Ao contrário do verificado na cobertura de TC nas Famílias, a efetividade quanto ao TC aumenta consideravelmente quando analisado cada pessoa individualmente, ou seja, as equipes conseguem completar o tratamento de vários integrantes da família, mas não de todos.

Quanto à Cobertura de TC na População Cadastrada (indicador 2Fa, tabela 15), todas as USF superaram a meta proposta, apresentando efetividade quanto a iniciar e concluir o tratamento odontológico nos indivíduos. O resultado de 21,0% foi considerado “satisfatório” também quando comparado com a quantidade de pessoas que estão tendo acesso para tratamento (26,3%) verificado no indicador de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (2Aa).

A Proporção de TC em Indivíduos Atendidos (tabela 16) demonstra que ainda que não haja a mesma proporcionalidade entre as USF, o município apresenta bom desempenho, com 80,1% de tratamentos concluídos no ano, considerando a população geral.

A **Proporção de indivíduos menores de 19 anos com TC – Indicador 2Fc** (tabela 17) foi “satisfatório” para o município com 93,1%, sendo que em algumas unidades (05, 10 e 11) a proporção ficou acima de 100,0%, o que pode indicar falha nos registros.

A **Proporção de indivíduos maior ou igual a 19 anos com TC – Indicador 2Fd** (tabela 18) foi de 40,1% apresentando classificação insuficiente para o município, confirmando os resultados já observados nos indicadores de cobertura de TC nas famílias e gestantes quanto a dificuldade da conclusão de tratamento na população, em particular, na adulta. Percebe-se que o desempenho é muito melhor em todas as unidades quando se considera a faixa etária menor de 19 anos.

Em Cambé, a **integralidade/efetividade** se faz presente na medida em que a programação das atividades clínicas inclui o TC a todos os indivíduos que acessam o atendimento, bem como pelo desenvolvimento de ações educativas e de promoção à saúde no âmbito individual e coletivo.

A organização da rede de serviços de saúde bucal na AB integrada ao serviço de média complexidade (CEO) com fluxo de referência e contra-referência é uma característica relevante do ponto de vista da resolutividade no município. A ausência de um sistema de referência e contra-referência eficaz pode ser um dos maiores problemas para a garantia da integralidade dos serviços (ANDRADE; FERREIRA, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2007). Diversos estudos sobre experiências municipais identificaram que o acesso a serviços especializados configura-se como uma das maiores dificuldades na organização dos sistemas locais (BALDANI, 2005).

A cobertura de TC é utilizada pelo município como um indicador de efetividade e qualidade do serviço de SB. Da mesma forma, segundo Carvalho et al. (2009), o TC que já fez parte da tabela do SIA até 1991 é também utilizado em outros estados como São Paulo.

O TC Familiar é registrado apenas quando todos os indivíduos da família concluíram o tratamento odontológico, inclusive o especializado, o que muitas vezes atrasa ou impede o TC, caso o usuário não compareça ao CEO (CAMBÉ, 2006b). Outro fator de interferência pode ser o elevado número de faltas ao atendimento odontológico básico programado nas unidades. Pesquisas apontam que há uma tendência dos indivíduos a procurarem por atendimento odontológico somente quando apresentam dor ou algum desconforto.

O número de usuários que não comparecem para o tratamento agendado costuma ser elevado. Moretti e Nakagawa (2007) encontraram uma média de 2 a 3 faltas por dia por CD, em trabalho de avaliação do desempenho das ESB do município de Cambé.

Durante elaboração do protocolo foi desenvolvido um tópico específico sobre este tema com orientações aos profissionais sobre os procedimentos a serem adotados em casos de pacientes faltosos. Os usuários são orientados já na primeira consulta a comunicarem previamente (no mínimo com doze horas de antecedência) a impossibilidade de comparecimento às consultas agendadas, bem como são informados de que terão o atendimento clínico programado suspenso após duas faltas não justificadas (CAMBÉ, 2006b).

O objetivo é reduzir as faltas, garantir a conclusão do tratamento, atribuir ao usuário responsabilidade na condução do tratamento e manutenção de sua saúde e também tentar evitar “ociosidade” da equipe, o que interferiria no alcance das metas, prolongando o tempo de atendimento, adiando a alta familiar e conseqüentemente limitando a convocação de novas famílias (CAMBÉ, 2006b; NORO, 2008). A importância da co-responsabilização dos serviços consta no caderno de SB do MS (BRASIL, 2006a).

O horário de atendimento pode ser outro fator complicador, já que as equipes atuam em horário comercial, podendo prejudicar o acesso da população economicamente ativa aos serviços. Souza (2008) sugere a possibilidade de “ajustar” o horário de atendimento das equipes de SF, através da verificação dos horários de maior demanda por serviços nas USF, com posterior discussão com os conselhos locais de saúde sobre qual seria o melhor encaminhamento para esse problema. Allegretti e Santos (2008) sugerem a possibilidade de flexibilização dos horários de atendimento ao adulto como forma de oportunizar e ampliar o acesso a esses indivíduos.

Nos adultos, a dificuldade de realização do TC é evidente. Segundo Barros e Bertoldi (2002), nos serviços públicos odontológicos há uma tendência de redução de acesso da população mais pobre com o avanço da idade. Pinto (2000) refere que os jovens procuram mais os serviços odontológicos e que essa frequência diminui com o passar da idade.

Entre as dificuldades para o TC em adultos também pode ser citado o elevado número de retornos necessários para a realização dos procedimentos clínicos até se concluir o tratamento. Este fato provavelmente contribui para o abandono, principalmente dos que trabalham. Noro (2008) sugere em seu trabalho que o tratamento seja realizado por hemiarcadas e com retornos agendados em curto espaço de tempo, reduzindo o tempo e o número de consultas necessárias para conclusão do tratamento como forma de diminuir as faltas e os abandonos.

Os resultados do levantamento epidemiológico nacional (SB BRASIL-2003) demonstraram que mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada e menos de 22% dos adultos apresentam gengivas saudáveis, o que pode causar um impacto negativo na qualidade de vida dessas pessoas (ALLEGRETTI; SANTOS, 2008). Resultado semelhante foi observado no levantamento realizado no município em 2008, demonstrando que se a situação está controlada na infância, nos adultos esse quadro se reverte e existem graves problemas que necessitam de atenção como, por exemplo, a ampliação das técnicas de promoção e prevenção, bem como formas de atuação clínica de adequação do meio bucal que minimizem as necessidades acumuladas (LEVANTAMENTO epidemiológico, 2008).

Quando as necessidades de saúde bucal da população adulta não são contempladas podem perpetuar os problemas bucais e ter um impacto negativo em sua saúde geral e no desempenho de suas atividades (ALLEGRETTI; SANTOS, 2008).

Para reverter esse quadro torna-se necessário o reforço nas ações informativas e educativas para conscientizar a população da importância dos cuidados em saúde bucal, desenvolvimento da autonomia e do autocuidado, além de despertar a consciência de que a saúde bucal tem papel importante na manutenção da qualidade de vida e na busca por trabalho.

6.4 DESEMPENHO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL EM RELAÇÃO ÀS METAS MUNICIPAIS

O estabelecimento de parâmetros é necessário para a organização das ações e serviços de saúde, além de permitir o planejamento, acompanhamento, avaliação e gerenciamento das atividades, conferindo às equipes qualidade diferenciada no processo de trabalho e na produção dos serviços (BRASIL, 2006a).

Os parâmetros devem ser construídos a partir de metas traçadas após o conhecimento da realidade sociocultural e epidemiológica da população. Levando-se em conta a realidade local, a capacidade instalada, as possibilidades de oferta dos serviços, os problemas a serem enfrentados e às demandas dos usuários de cada território (BRASIL, 2006a).

O município de Cambé promove, anualmente, pactuações locais com cada USF onde são apresentadas as metas anuais propostas pelo município. Os resultados obtidos

no ano anterior são discutidos com representantes de cada categoria profissional, que têm a responsabilidade de repassar as informações e promover discussões com as equipes sobre formas de otimizar as ações para alcançar as metas propostas (FAÉ, 2008).

No Pacto pela Saúde, as ações de SB foram incluídas em 2006 como prioritárias para o fortalecimento da AB (BRASIL, 2006f) e mantidas até o ano de 2008 com indicadores específicos, os quais são utilizados para monitoramento e avaliação.

Segundo Souza e Roncalli (2007), grande parte dos gestores utilizam o pacto da AB para avaliar as ações de SB.

Foi verificado que as Equipes apresentaram, em 2008, bom desempenho no cumprimento das metas do Pacto pela Saúde. Praticamente todas as USF atingiram uma classificação aceitável ou satisfatória em todos os indicadores.

No critério diagnóstico da demanda, as metas pactuadas para os indicadores proporção de cadastros preenchidos com qualidade, cadastros analisados e grau de organização dos arquivos, foram atingidas por quase todas as unidades. Porém, para o indicador proporção de famílias cadastradas pela ESB, nenhuma unidade conseguiu cumprir a meta de 80,0% de cobertura cadastral; isso compromete os serviços tanto para o cumprimento do princípio da equidade, que é definido pela classificação dos cadastros avaliados, quanto para a universalidade dos acessos, já que a porta de entrada principal para os serviços odontológicos na população adulta se dá através da convocação de famílias.

A meta de cobertura de visitas às puérperas obteve classificação aceitável para o município, porém em quatro unidades a cobertura foi insuficiente e em uma foi crítica. Torna-se necessário reavaliar as metas, já que a principal função dessa visita é a captação dos bebês recém-nascidos, que muitas vezes são encaminhados via puericultura e pediatria, ou então modificar o indicador de forma a contar todas as visitas domiciliares realizadas pela ESB e que são registradas nos relatórios de produção dos profissionais.

O município não conseguiu cumprir a meta de cobertura de TC nas gestantes, obtendo uma classificação insuficiente ou crítica em mais de 50,0% das unidades, demonstrando a grande dificuldade em atuar neste grupo. Conforme já foi relatado, é importante capacitar os profissionais para atuarem com as gestantes e trabalhar mais no sentido de buscar estratégias que ampliem a captação, adesão ao tratamento e permitam a adequação do meio bucal e conclusão dos serviços.

Os indicadores do critério Atendimento às Famílias foram os que apresentaram pior desempenho nas unidades e no município, demonstrando a maior fragilidade dos serviços.

Das 16 metas pactuadas e avaliadas neste trabalho o município conseguiu cumprir de forma satisfatória basicamente a metade (56,2%), revelando que as mesmas necessitam ser reavaliadas em seus parâmetros para se adequarem àquilo que os serviços realmente têm capacidade de realizar de acordo com a capacidade instalada¹ e o número de profissionais atuantes. Também há necessidade de redirecionar e redistribuir os profissionais entre algumas unidades para dinamizar e ampliar os serviços, já que unidades com a mesma capacidade instalada em relação à população adscrita realizam coberturas diferentes, demonstrando que o perfil do profissional é determinante na forma como estão se realizando os serviços. Pode estar ocorrendo dificuldade de entrosamento entre as equipes, entre os profissionais e a população da sua área, acomodação dos profissionais ao modelo de atenção anterior ao da ESF adotado atualmente pelo município, falta de estímulo e/ou desconhecimento quanto ao conteúdo do protocolo e do modelo de atenção proposto.

Pode ser necessário e desejável que os gestores empreguem mais tempo e recursos para a capacitação dos profissionais no sentido de enfatizar a importância de aceitar as mudanças do processo de trabalho, orientá-los quanto às regras e normas do protocolo e realizar atualizações e treinamentos para os serviços, já que o atendimento aos diferentes grupos etários e etapas de vida exige um conhecimento técnico abrangente.

Quando é feito um detalhamento dos serviços, observa-se que apesar da cobertura de consultas na população ter atingido classificação “satisfatório”, a análise por grupos específicos deixa evidente que essa cobertura não está distribuída de forma uniforme, sendo muito maior para crianças e jovens do que para gestantes e adultos provenientes ou não das famílias convocadas. Na resolutividade dos serviços medida pelo TC observa-se o mesmo quadro, a grande maioria dos TC acontecem na população infantil onde as necessidades acumuladas são muito menores.

Em relação aos parâmetros estabelecidos, os resultados apresentados neste trabalho demonstram que há muita dificuldade para cumprir as metas propostas e que efetivamente para a população, especialmente a adulta, os resultados são ainda pouco expressivos.

¹ Por capacidade instalada entende-se, entre outras, a capacidade estrutural, técnica, o número de equipamentos, instrumentais, etc.

6.5 ANÁLISE FINAL DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO DENTRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a mudança no modelo de atenção proposto pelo município, houve necessidade de reorganizar os serviços de forma a seguir, em SB, os princípios e recomendações da ESF.

Nos municípios, a ampliação do acesso dos cidadãos a serviços de saúde bucal equânimes e resolutivos se dará de forma progressiva e gradual, de acordo com as diretrizes para a reorganização dos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2001b) e a atual Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004d) que aponta para uma tentativa de reduzir as iniquidades (RONCALLI, 2008).

Pelos resultados apresentados pode-se notar que ocorreram avanços na proposta de reorganização da atenção em SB.

Observa-se, porém, que a oferta de serviços foi inferior às necessidades, especialmente quando se leva em conta que foram implantadas vinte ESB cadastradas na ESF com profissionais que passaram a exercer carga horária de 40 horas semanais, além dos profissionais não cadastrados de 20 e 30 horas que continuaram a atuar com crianças e com a manutenção dos programas anteriores, evidenciando que as mudanças na forma de atenção e no perfil epidemiológico da população demandam tempo e esforços constantes por parte dos gestores e das equipes.

A existência de ESB cadastradas nas equipes de SF em todas as unidades indica a intencionalidade de viabilizar o acesso das famílias às ações de SB dentro do território a que pertencem. Segundo o conceito da AB, a acessibilidade refere-se à proximidade dos serviços em relação ao local de moradia dos usuários e a facilidade para utilização dos serviços mediante procura no primeiro contato. (BRASIL, 2006a). No entanto, considerando a proporção entre ESB e equipes de SF (quadro 2), percebe-se uma situação desfavorável de algumas ESB em relação à população adscrita. Em algumas unidades a proporção é próxima do ideal de 2.400 habitantes por equipe (uma ESB para uma equipe de SF) e outras, próximas ao teto máximo de 6.900 habitantes por equipe (uma ESB para duas equipes de SF), conforme permite a portaria GM nº 648 (BRASIL, 2006c).

É evidente que nas USF em que há desequilíbrio na proporção entre o número de equipes de SF e ESB há maiores dificuldades para o planejamento, organização

dos serviços e desenvolvimento das ações. Padilha et al. (2005) destacam que a relação de uma equipe de ESB para duas de SF constitui um sério entrave à organização do trabalho.

No modelo de atenção adotado pelo município foi mantida a garantia de retornos semestrais ou anuais a todas as crianças e jovens até os 19 anos, porém alguns profissionais agendam retornos de manutenção em intervalos menores do que o preconizado, mesmo em bebês menores de 1 ano ou crianças com baixo risco para a doença cárie, causando uma sobrecarga nas agendas e redução das vagas para novos pacientes. Segundo Zanetti (2005), os retornos de pacientes que tiveram TC só deveriam acontecer após ter-se atingido a cobertura total da população alvo. Para este autor, quando o sistema não apresenta condições de universalização imediata, podem-se estabelecer metas anuais realizáveis, que expressará os anos nos quais se realizará esta cobertura. Já outros autores como Camargo, Dumith e Barros (2009) enfatizam a importância do uso regular dos serviços odontológicos por parte dos usuários para o estabelecimento de vínculo e obtenção de conhecimento sobre o processo saúde-doença e para a maior valorização das ações preventivas.

É importante que os retornos de manutenção sejam agendados conforme o levantamento de risco à doença cárie e demais problemas bucais e com maior utilização do pessoal auxiliar principalmente para as atividades educativas e de prevenção.

Uma proposta interessante para os retornos de controle e manutenção das crianças de baixo risco seriam que, após a consulta anual ter sido feita pelo CD, os outros retornos (trimestrais ou semestrais) fossem realizados pela TSB da unidade. Esta ação liberaria o CD para atuar mais ativamente nos problemas bucais detectados, tornaria os atendimentos mais resolutivos e criaria maior disponibilidade nas agendas para captação de novos pacientes.

Fazer uma intervenção institucional na direção da mudança de processos de trabalho não significa somente ter uma receita de programação para este processo e segui-la, pois o processo de trabalho em saúde tem uma dinâmica muito peculiar, dependendo de cada instituição necessitando reestruturar-se constantemente (MERHY, 2006b).

Na população adulta o trabalho das equipes continua centrado em procedimentos clínicos basicamente invasivos e restauradores, com baixa utilização dos métodos de prevenção e adequação do meio bucal, os quais poderiam contribuir para agilizar os atendimentos e a conclusão dos tratamentos ampliando a cobertura.

A dificuldade apresentada neste estudo quanto a terminar o tratamento odontológico nas famílias, ou seja, especificamente nos adultos, como já relatado, pode estar relacionado às faltas e desistências do tratamento por parte dos usuários devido ao horário de

atendimento e o grande número de retornos necessários para a conclusão do tratamento restaurador definitivo. Esse aspecto deve ser levado em conta pela equipe que poderia pensar em proceder à utilização da “alta pactuada” em saúde bucal, com tratamento dividido em duas partes, inicialmente com adequação do meio bucal pela técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART). Nesta técnica é realizada a remoção do tecido cariado apenas com utilização de instrumentos manuais, sem necessidade do uso de anestesia ou micromotor e a cavidade resultante e fissuras adjacentes são restauradas e seladas com um material restaurador adesivo, normalmente o ionômero de vidro, devido à sua boa adesividade às estruturas dentárias, biocompatibilidade e ação anticariogênica (liberação de flúor). (BONOW; OLIVEIRA, 2001; IMPERATO, 2005; GONDIN, 2007). Posteriormente, conforme disponibilidade ou necessidade, realizar-se-ia o tratamento restaurador definitivo (MANFREDINE, 2008). Essa técnica foi citada também em trabalho apresentado por Noro (2008) e recebeu a denominação de Tratamento Concluído Adequador e de Tratamento Concluído Restaurador.

Podemos citar também o grande número de profissionais que não aderiram ao programa e não aceitam trabalhar dentro da estratégia de atendimento a todas as faixas etárias, o que limita muito o acesso de novas famílias e da população adulta, já que os profissionais cadastrados realizam atenção odontológica em todos os membros da família, inclusive nas crianças.

Pode-se considerar ainda a pouca valorização do serviço odontológico por parte da população, uma vez que é assegurado àqueles que o acessam a oportunidade de terem todas as suas necessidades de tratamento clínico na AB atendidas. Nem sempre as pessoas que mais necessitam de tratamento são as mais interessadas em realizá-los. Isso se deve ao fato de que grande parte da população desvaloriza a saúde bucal em relação a outras áreas de saúde e pela cultura geral de que problemas bucais não são prioritários (SILVA, 2008). Deve-se considerar ainda que, neste caso, o conjunto de necessidades é definido pelo CD com base em critérios técnicos e que nem sempre estas são, na prática, reconhecidas pelos indivíduos.

Há pouca valorização da SB enquanto componente importante para a manutenção da saúde geral. Em trabalho de pesquisa realizado por Barros e Bertoldi (2002) foi constatado o baixo acesso aos serviços odontológicos quando comparados aos demais atendimentos de saúde. Isso torna clara a importância de os profissionais estabelecerem uma atitude de co-responsabilidade entre os serviços e a população, que deve ser conscientizada da responsabilidade dos cuidados com a própria saúde conforme é preconizado no caderno de SB do MS (BRASIL, 2006a).

O serviço público precisa ter uma atitude ativa no sentido de criar estratégias para captar a parcela da população que não têm acesso aos serviços ou não estão cientes da importância da SB na manutenção de sua saúde (SOUZA; RONCALLI 2007; CARVALHO et al., 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou o serviço público de odontologia do município de Cambé à luz dos princípios doutrinários do SUS e da ESF.

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

A Organização do Processo de trabalho das ESB, conforme observado pela aplicação da Matriz de Indicadores Modificada e pela análise nos relatórios e livros de registros, demonstrou que os serviços foram organizados e estruturados dentro do preconizado para a ESF.

Verificou-se que as equipes estão atuando por área de abrangência, em todas as unidades existem ESB com profissionais cadastrados na ESF voltados para o atendimento de todas as faixas etárias e com foco nas famílias, as equipes estão realizando o cadastramento das famílias para atendimento odontológico e visitas domiciliares. Realizam o diagnóstico situacional quando avaliam, classificam e selecionam as famílias e grupos de risco em sua área de abrangência. Trabalham com metas e realizam avaliação dos serviços conforme pode ser constatado pela realização das pactuações anuais entre a equipe gestora e as USF e pelo cumprimento das metas do Pacto pela Saúde. A longitudinalidade do cuidado e a garantia da integralidade dos serviços de SB na AB acontecem na medida em que são garantidos retornos para atendimento, manutenção e conclusão do tratamento odontológico na AB e pela existência da rede de referência e contra referência para os serviços de média complexidade disponíveis no CEO do município. As referências para alta complexidade com atenção a nível hospitalar (Câncer bucal, lábio leporino e cirurgias ortognáticas) são referenciadas e seguem os critérios determinados pela Regional de Saúde para esses casos.

As ESB realizam atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde em conjunto com as equipes de SF, conforme observado nos relatórios do SIAB, e a ação coletiva escovação dental supervisionada, observada no relatório do SIA e Pacto pela Saúde.

Apesar desses pontos positivos foram observadas dificuldades e problemas no processo de trabalho de várias equipes e unidades. O cadastramento não cobre toda população da área de abrangência, apresentando uma cobertura insuficiente para o município com algumas unidades atingindo níveis críticos, sendo esta, uma fragilidade que compromete

a qualidade do serviço e o desempenho dos profissionais. Se o cadastramento das famílias não for realizado, a área não estará coberta e todo o processo posterior de avaliação e classificação ficará comprometido já que podem existir na área famílias de maior risco que não são de conhecimento da equipe e não serão priorizadas.

A realização do diagnóstico situacional e classificação de risco além da atuação sobre as famílias deixa a desejar em várias unidades que não realizam rotineiramente este processo. A cobertura de consulta odontológica é satisfatória, mas a utilização dos serviços não ocorreu prioritariamente por meio da convocação de famílias com cadastramento e avaliação de risco.

As ações de promoção e prevenção à saúde são realizadas, porém com foco mais voltado à população infantil nas escolas quando o ideal é ampliar para outros locais e grupos, como forma de atingir toda população.

A cobertura de visitas domiciliares, avaliadas apenas quanto à cobertura de visitas às puérperas, ficou abaixo da esperada e o município atingiu classificação aceitável.

Quanto ao princípio da integralidade, apesar da organização da rede básica e da garantia do TC para os indivíduos e famílias com articulação ao CEO de Cambé para referência especializada na média complexidade, constatou-se a dificuldade das equipes em concluir o tratamento odontológico de todos os membros da família, das gestantes e dos adultos.

Numa análise geral do município observou-se que os melhores resultados alcançados foram para os indicadores dos critérios: Pacto pela Saúde, Diagnóstico da Demanda e Atendimento aos Indivíduos. Os piores resultados apresentados foram para os indicadores de cobertura de tratamentos completados em gestantes, famílias e maiores de 19 anos. Na classificação geral por unidade de saúde, nove obtiveram classificação “aceitável” e duas atingiram a classificação “satisfatória”.

O estudo permitiu observar que ocorreram alguns avanços nos serviços de SB desde sua implantação na ESF, em 2005, até o período estudado, porém os resultados apresentados demonstram que as alterações no processo de trabalho das equipes e a ampliação da cobertura dos serviços foram menos expressivas do que o esperado, evidenciando que é necessário o aprimoramento constante dos serviços a fim de garantir a efetivação do modelo proposto pelo município, no sentido de ampliar o acesso e melhorar o desempenho dos indicadores.

O tempo decorrido desde a implantação do programa ainda é curto para evidenciar resultados epidemiológicos aparentes. O município ainda apresenta um estágio de

transição entre o atendimento preferencial às crianças e o modelo universalizado. As necessidades acumuladas, especialmente na população adulta, e a garantia do tratamento clínico restaurador completado exigem uma oferta grande de serviços.

Ainda que este trabalho não tenha dado conta de abordar todos os aspectos relacionados aos princípios doutrinários do SUS e seja necessário aprofundar as análises aqui relatadas, os indicadores permitiram realizar uma avaliação abrangente do serviço.

A matriz de indicadores evidenciou as qualidades e deficiências de cada USF. Constatou-se que não há uniformidade entre as unidades, observando-se algumas diferenças expressivas entre elas. Este nível de detalhamento é importante porque permitiu identificar os pontos positivos e as fragilidades do serviço e permitirá que as equipes e os gestores analisem, planejem e direcionem as ações futuras.

À exceção dos indicadores do Pacto pela Saúde, não foi encontrado na literatura pesquisada informações disponíveis que possam ser utilizadas como base para comparação com os resultados aqui apresentados nem para avaliar a pertinência das metas propostas para cada indicador utilizado neste trabalho. Seria necessário instituir o processo de monitoramento com um banco de dados que permita confrontar os resultados dos indicadores e verificar os avanços do modelo de atenção adotado.

Conclui-se que, apesar do município de Cambé ter desencadeado uma intensa transformação a partir da definição da estratégia de SB da Família para reestruturação de suas práticas, ainda há um longo caminho a ser percorrido na busca de ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal. Porém, considerando que os bons resultados apresentados nos índices CPO-D em crianças e jovens no município resultam das políticas de SB aplicadas ao longo dos últimos 20 anos, pode-se inferir que demandará um certo período de tempo e de investimentos de curto, médio e longo prazo para que os bons resultados da nova política de atenção tornem-se evidentes.

Criar ou modificar um modelo de atenção não é garantia de melhoria nos serviços, nem de aumento na produtividade, como já foi demonstrado em outros trabalhos na área da saúde. Os resultados dependem dos investimentos em recursos humanos, tecnológicos, capacitações, educação continuada, valorização pessoal, parcerias com a comunidade, estabelecimento de metas pactuadas e avaliadas pelas equipes e pela proposta de trabalho apresentada, que deve ser elaborada em consonância com a realidade e necessidade da população de cada área específica.

Não podemos deixar de citar que como este é um programa novo as necessidades acumuladas por serviços, presentes na população, demandam grande quantidade

de intervenções clínicas e que provavelmente com o decorrer dos anos esse quadro poderá se reverter e apresentar resultados mais satisfatórios.

A título de contribuição, apresentam-se algumas sugestões e recomendações para o fortalecimento da Política Municipal de Saúde Bucal:

- atuar no sentido de garantir o cumprimento das normatizações consideradas importantes para atingir os objetivos e metas desejadas, tais como a observância dos critérios de cadastramento para o conhecimento do território e a seleção das famílias que visam reduzir as desigualdades existentes no acesso da população às ações e serviços de saúde bucal;
- utilizar o resultado do presente estudo e do levantamento epidemiológico de 2008, que incluiu as condições de saúde bucal da população adulta, para subsidiar a discussão com as equipes, envolver os usuários, rever e repactuar as prioridades a serem assumidas pela gestão, trabalhadores e usuários;
- avaliar e rever a distribuição dos profissionais nas USF com base em critérios epidemiológicos dos territórios, priorizando áreas identificadas como de maior risco;
- adequar a relação de ESB e equipes de SF nas USF onde a proporção é inferior a um por um;
- revisar e atualizar o protocolo quanto ao tempo de retorno de crianças e jovens, de baixo risco, para o tratamento de manutenção, e priorizar o acesso das famílias;
- utilizar o resultado da avaliação para atuar de forma direcionada nas USF que apresentaram desempenho “crítico” e “insuficiente”;
- rever, adequar e repactuar as metas de cobertura de famílias e indivíduos com as equipes das USF;
- avaliar os estudos existentes que recomendam a adoção da técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) como possível estratégia a ser adotada para ampliação imediata do acesso das famílias aos serviços de saúde bucal;
- criar estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes e famílias que possam contribuir para aumentar a adesão ao tratamento odontológico favorecendo sua conclusão;

- estimular as equipes a avaliarem os resultados das ações desenvolvidas no nível local;
- desenvolver estudos e pesquisas voltadas para a qualidade dos serviços na visão dos usuários, como forma de obter uma análise mais completa da organização e efetividade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

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

AGUILLERA, F. C. A. **Evolução da Atenção Básica em Rolândia Paraná**: uma avaliação do período de 1996 a 2004. 2006. 104f Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, 2006.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.789-796, maio/jun, 2004.

ALLEGRETTI, A. C. V.; SANTOS, Z. F. D. G. A vida familiar adulta. In: MOYSES, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.230-235.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

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

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

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

BONOW M. L. M.; OLIVEIRA M. A. F. Desempenho clínico do tratamento restaurador atraumático (TRA) – uma revisão sistemática. **RPG Revista de Pós Graduação**, São Paulo v.8, n. 1, p. 83-87, jan./ mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso e qualidade superando a exclusão social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2005, Brasília. **Relatório final...** Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 20 jul. 2010a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006b. 60 p. (Série A. Normas e manuais técnicos; Série Pactos pela Saúde; v. 4).

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 267**, de 06 de março de 2001. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_ amplo/portaria267.htm>. Acesso em: 17 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 673** de 3 de junho de 2003, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-673.htm>. Acesso em: 17 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 74** de 20 de janeiro de 2004: reajustou o valor pago para implantação e manutenção das ESB modalidade I e II e criou o incentivo para implantação do serviço de prótese. Brasília 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1434** de 14 de julho de 2004: aumentou o valor do incentivo para municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e com até 30 mil habitantes. Brasília 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699** de 30 de março de 2006: regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006d.

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

_____. Ministério da Saúde. **PRODUÇÃO DATASUS**: 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qapr.def=2008>>. Acesso em 12 abr. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório municipal de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde**: prioridades e objetivos Estado: PR Município Apucarana : 2008. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/rel-individual_pasctuacao.asp?nu_ano=2008> Acesso em 28 jun. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório municipal de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde**: prioridades e objetivos Estado: PR Município Arapongas: 2008. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/rel-individual_pasctuacao.asp?nu_ano=2008> Acesso em 28 jun. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório municipal de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde**: prioridades e objetivos Estado: PR Município: Cambé : 2008. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/rel-individual_pasctuacao.asp?nu_ano=2008> Acesso em 28 jun. 2010d.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde**: Prioridades e Objetivos Estado: PR Município: Cambé: 2009. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/rel-individual_pasctuacao.asp?nu_ano=2009>. Acesso em: 28 jun. 2010e.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 1. ed. Brasília, 2007. 80 p. (Série A. Normas e manuais técnicos; Série pactos pela saúde; v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006**: divulga o Pacto pela Saúde 2006; consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília, 2001b. [25] p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para Programação das Ações Básicas de Saúde**. Brasília, fev. 2001c.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, 2006f [58] p.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB/SUS 01/1996. Rio de Janeiro: **Manual do Gestor SUS – COSEMS**, p.76-113, 1997.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em 31 mar. 2011b.

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

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

BUENO, V. L. R. C.; CORDONI JUNIOR, L.; MESAS, A. E. Desenvolvimento de Indicadores para Avaliação de Serviço Público de Odontologia. **Ciência & saúde Coletiva**. No prelo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4682>. Acesso em: 7 jun. 2010

CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

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

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

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

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

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

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Cambé 2010 – 2011**. Cambé, 2010a.

_____. **Protocolo de Atenção Odontológico no município de Cambé – PR**. Cambé, 2006b.

_____. **Relatório de gestão 2009**. Cambé, 2010b.

_____. **Resultado final da VI Conferência Municipal de Saúde**. 2003

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

CARVALHO, L. A.C. et al. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.3, p.490-499, 2009.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 59-70, 1996.

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

CODATO, L. A. B. **Pré-natal odontológico e saúde bucal**: percepções e representações de gestantes. 131 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

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

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, Brasília, 10 a 12/10/1986. **Relatório final**.Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set/out, 2004.

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

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

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

COSTA I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. A atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representação social dessa interação. **RPG Revista de Pós Graduação**; São Paulo; v.9, n.3, p. 232-243, jul/set. 2002.

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. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

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

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, p.1743-1748, 1988.

DUALIBI, S. E.; DUALIBI, T. A. A odontologia para gestante. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 7, n. 5, p.12-36, 1985.

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

FEKETE, M. C. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde**. Texto de Apoio elaborado para Bibliografia Básica do Projeto GERUS e utilizado no curso de capacitação para profissionais dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família da 17ª RS do Paraná, 2008.

FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p. 317-321, jul /set., 2004.

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

FUNDACAO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente segundo município**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>>_Acesso em: 14 jan. 2009.

GARBELINI, M. L.; RIBEIRO DE SOUZA, R. A. **Retrospectiva epidemiológica dos serviços odontológicos da prefeitura municipal de cambé em 16 anos de programa** Disponível em: <<http://www.aonp.org.br/fso/bibli04.htm>>. Acesso em: 7 set 2010.

GEVAERD. S. A saúde bucal na vigilância à saúde no distrito sanitário. In: OPAS. **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS, 1993. p. 63-70. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10).

GONDIM J. ET AL., Tratamento Restaurador Atraumático viabilizando o acesso de famílias à rede de cuidados em saúde bucal. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 1, n. 1. 2007. Disponível em <[HTTP://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/23](http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/23)>. Acesso em: 30 de jul. 2010.

IMPARATO, J. P. C. **Tratamento Restaurador Atraumático (ART):** Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie Dentária. Curitiba: Editora Maio, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Datasus:** 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2007.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem Comunitária:** visita domiciliária. São Paulo: EPU, 1995.

KRIGER, L.; TAVARES, M.C. Tornando-se pais: Famílias com filhos pequenos. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias:** trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.218-222.

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

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

MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Campinas, SP. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias:** trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p 113-124.

MARCIER, M. H. F. C. Para que a expansão do PSF seja consistente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 6, p. 32-35, 2002.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado:** as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ, 2005.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M.F, organizador. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 135-51.

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

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

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

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

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

MOIMAZ, S. A. S. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista Odontol. Univ. Cidade São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 39-45, jan.-abr. 2007.

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

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L. Manejo de famílias por ciclos de vida. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.216-217.

MURRAY J. J.; NAYLOR M.N. Fluorides and dental caries, pp. 32-67. In: MURRAY, J.J (Org.). **The prevention of oral disease**. 3. ed. Oxford University Press, Nova York, 1996.

NAKAGAWA, M. C. S. **Saúde bucal no PSF**: estratégia para a universalização e a integralidade no Município de Cambe. In: CONGRESSO DA REDE UNIDA, 7., 2006, Curitiba.

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**, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1-19.

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

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

PADILHA, W. W. N. et al. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada** João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2005.

PATTUSSI, M. P., et al. A influência do capital social no contexto da Estratégia Saúde da Família In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.207-215.

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

PERES, M. A.A. **A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso no município de Ipatinga, MG, Brasil 1989-1994**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Santos, 2000.

RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DO CONASEMS BIÊNIO 1995/1997. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/rg95_97.pdf>. Acesso em: 7 set. 2010.

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

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

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

RONCALLI, A. G. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco nas famílias. In: MOYSES, S.T.; KRIEGER, L.; MOYSES, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap7, p.170-194.

ROSSEL, F. L. **Prevalência de fatores clínicos do risco de cárie em gestantes**. Araraquara, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo, 1998.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como política de saúde**. análise de três experiências recentes Niterói, Campinas e Curitiba. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

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

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

SILVA, A. D. M. **Pré-Natal e Odontologia**: Grau de Conhecimento Sobre Saúde Bucal de Gestantes da Maternidade Cândido Mariano, Campo Grande-MS, 1998 Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Campo Grande, 1998. 75p.

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

SILVER, L. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: GALLO, e. RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H. **Planejamento Criativo**. Novos Desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

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

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

SOUZA, E. R. et.al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 78-99.

SOUZA, T. M. S. **A Incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial**. 2005. 139p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - UFRN, 2005..

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 643-655, 2006.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciência & saúde, Rio de Janeiro**, v.11, n.3, p. 564-576, jun./set., 2006.

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

VIANA. A. L.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, n. 8, v.2, 1998.

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

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

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

ZANETTI, C. H. G. **A utilidade como função para universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. 2005. 189p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

ZANETTI, C. H. G.; et.al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 13, p.18-35, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Matriz de Indicadores de Bueno modificada para avaliação do serviço público de odontologia do município de Cambé – PR
(Matriz Modificada).

Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
1. Sujeitos	1A. Uso do protocolo	1Aa. Conhecimento e aplicação do protocolo	0. Não conhece 1. Conhece e não aplica 2. Aplica parcialmente 3. Aplica integralmente	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Entrevista com CD. 2. Checagem de registros. 3. Diário de campo
	1B. Adequação do quadro técnico às necessidades do serviço	1Ba. Esclarecimento para uso do protocolo	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Entrevista com CD e TSB. 2. Checagem de registros. 3. Diário de campo.
		1Bb. Treinamento para registro de informações	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Entrevista com CD, TSB e ASB. 2. Checagem de registros. 3. Diário de campo.
		1Bc. Participação em oficinas de EPS (x oficinas, presentes em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Entrevista com CD, TSB, ASB e Enfermeiro. 2. Checagem de registros.
	1C. Integração da equipe (PSF/ESB)	1Ca Presença da ESB nas reuniões realizadas na USF no mês (x reuniões, presente em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Entrevista com CD e enfermeiro. 2. Checagem de registros.
		1Cb. Práticas com equipes multidisciplinares (x equipes, presente em y)	Percentual obtido	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	3. Diário de campo.
	1D. Adesão dos agentes às práticas	1Da. Participação dos profissionais no processo de gestão	0. Não 1. Insuficiente 2. Parcialmente 3. Plenamente	0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Entrevista com CD e TSB.

(Continua...)

Continuação...)

Dimensões	CrITÉRIOS	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
2. Organização do serviço (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	2A. Pacto pela Saúde	2Aa. Cobertura de primeira consulta odontológica programática (nº. de 1ªs. consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período (x 100))	Percentual obtido	Pactuação >15% 0. Crítico: 0 5% 1. Insuficiente: 5% 10% 2. Aceitável: 10% 15% 3. Satisfatório: 15% ou mais	1. Relatório de produção individual. 2. SIAB. 3. SIA-SUS/IBGE (somente para o total do município)
		2Ab. Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais (nº. de procedimentos odontológicos básicos individuais realizadas em determinado local e período/ população no mesmo local e período)	Escore obtido	Pactuação > 1,90 0. Crítico: 0 0,63 1. Insuficiente: 0,63 1,26 2. Aceitável: 1,26 1,9 3. Satisfatório: 1,90 ou mais	
		2Ac. 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))	Percentual obtido	Pactuação > 5% 0. Crítico: 0 1,6% 1. Insuficiente: 1,6% 3,2% 2. Aceitável: 3,2% 5% 3. Satisfatório: 5% ou mais	
2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	2B. Diagnóstico de demanda (cadastros feitos pelo ACS)	2Ba. Proporção de famílias cadastradas pela ESB em relação as cadastradas no SIAB (nº. de cadastros / nº. de famílias SIAB (x 100))	Percentual obtido	80% de cadastros 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Checagem dos cadastros. 2. SIAB.
		2Bb. Proporção de cadastros preenchidos com qualidade (nº. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN / nº. de cadastros não convocados para tratamento)x 100	Percentual obtido	100% sem erros de preenchimento 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Checagem dos cadastros.
		2Bc. Proporção de cadastros analisados (nº. de cadastros analisados pelo CD / nº. de cadastros) x 100	Percentual obtido	100% analisados 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	
		2Bd. Grau de organização de arquivo nº. de cadastros arquivados de acordo com protocolo / nº. de cadastros (x 100)	Percentual obtido	100% arquivados de acordo com protocolo 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	

(Continua...)

(Continuação...)

Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	2C. Atendimento domiciliar (visita a puérperas)	2Ca. Cobertura de visitas à puérperas nº. de visitas a puérperas / nº. de nascidos vivos da região (x 100)	Percentual obtido	100% de visitas 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SINASC.
	2D. Atendimento às gestantes	2Da. Cobertura de TC em gestantes atendidas nº. de TC em gestantes / nº. de gestantes atendidas (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Checagem dos registros.
	2E. Atendimento às famílias	2Ea. Proporção de famílias convocadas no ano nº. de famílias convocadas no ano / nº. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	5% de famílias 0. Crítico: 0 1,6% 1. Insuficiente: 1,6% 3,2% 2. Aceitável: 3,2% 5% 3. Satisfatório: 5% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SIAB.
		2Eb. Cobertura de TC familiar no ano nº. de famílias que tiveram TC / nº. de famílias SIAB (x 100)	Percentual obtido	4% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 1,33,% 1. Insuficiente: 1,33% 2,66% 2. Aceitável: 2,66% 4% 3. Satisfatório: 4% ou mais	
		2Ec. Proporção de famílias atendidas com TC nº. de famílias que tiveram TC / nº. de famílias atendidass (x 100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	
	2F. Atendimento aos indivíduos	2Fa. Cobertura de TC na população cadastrada nº. de indivíduos com TC / nº. de indivíduos SIAB (x100)	Percentual obtido	12% de indivíduos 0. Crítico: 0 4% 1. Insuficiente: 4% 8% 2. Aceitável: 8% 12% 3. Satisfatório: 12% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. SIAB
		2Fb. Proporção de TC em indivíduos atendidos (nº. de indivíduos com TC / nº. de indivíduos convocados (x100))	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. Relatório de produção individual.

(Continua...)

(Conclusão)

Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	2F. Atendimento aos indivíduos	2Fc. Proporção de < de 19 anos atendidos com TC n°. de indivíduos < de 19 anos com TC/ n°. de indivíduos < de 19 anos (x100)	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	1. Checagem dos registros. 2. Relatório de produção individual.
		2Fd. Proporção de > de 19 anos atendidos com TC (n°. de indivíduos > de 19 anos com TC/ n°. de indivíduos > de 19 anos (x100))	Percentual obtido	80% com tratamento concluído (TC) 0. Crítico: 0 26,7% 1. Insuficiente: 26,7% 53,3% 2. Aceitável: 53,3% 80% 3. Satisfatório: 80% ou mais	

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados para avaliação do serviço público de odontologia do Município de Cambé - PR.

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 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 mães 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:
Existência de vagas de pronto-atendimento: () sim () não
Livro de Encaminhamento para o CEO organizado: () sim () não

ANEXOS

ANEXO A - Matriz de indicadores para avaliação do serviço público de odontologia do Município de Cambé - PR (Matriz de Bueno).

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

(Continua ...)

(Continuação...)

Dimensões	Crítérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
2. Organização do serviço (Indicadores pactuados para avaliação da atenção básica)	2A. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	2Aa. nº. 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. nº. 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. nº. de cadastros / nº. 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. nº. de cadastros sem falha de preenchimento campo DN / nº. 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. nº. de cadastros analisados pelo CD / nº. 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	

(Continua ...)

(Continuação...)

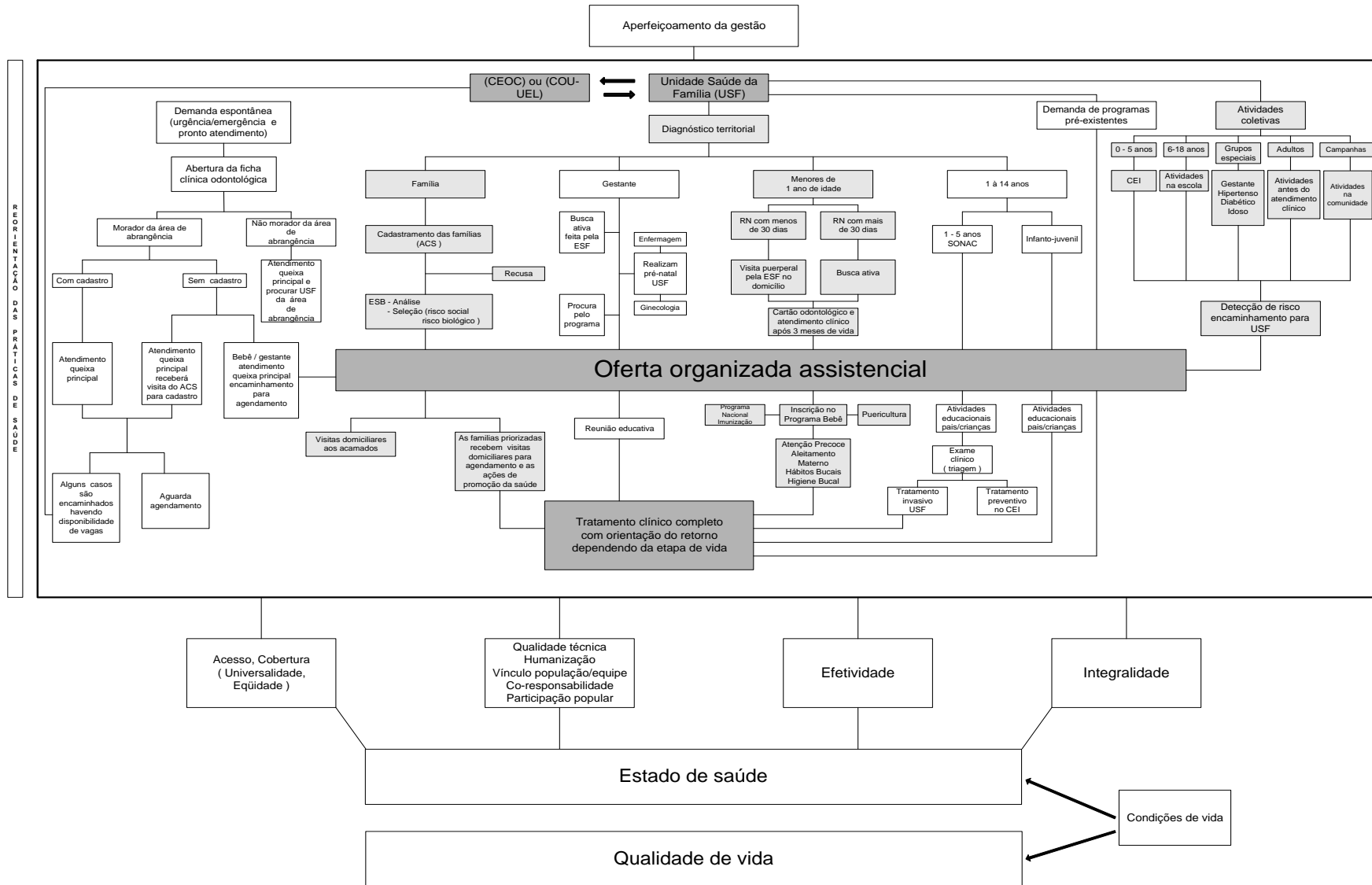
Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	2D. Diagnóstico de demanda (cadastros feitos pelo ACS)	2Dd. n°. de cadastros arquivados de acordo com protocolo / n°. de cadastros (x 100)	Percentual 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°. de visitas puerperais / n°. 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.
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	

(Continua ...)

(Conclusão)

Dimensões	Critérios	Indicadores	Pontuações (escores ou percentuais)	Parâmetros	Fontes de informações
2. Organização do serviço (Indicadores complementares)	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	

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



ANEXO C - Autorização do município para a realização da Pesquisa**Prefeitura Municipal de Cambé**

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde Pública

ANEXO E - Folha de rosto para SISNEP

DECLARAÇÃO

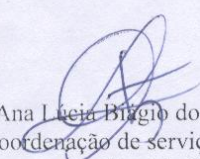
A Secretaria Municipal de Saúde de Cambé – PR declara estar ciente e autoriza as alunas da Universidade Estadual de Londrina – PR, mestrandas Odimara Regina Fae e Meiri Cristina Sakuma Nakagawa a realizar a pesquisa para avaliação do serviço público odontológico no município, o qual resultará em uma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

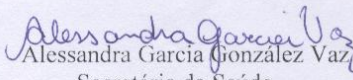
Salientamos ainda que fique acordado com as responsáveis pela pesquisa que os meios utilizados para a mesma e o horário, não devem interferir no atendimento diário das clínicas, e que a Secretaria não disponibilizará nenhum funcionário para auxiliar no trabalho.

Sendo só o que se apresenta.


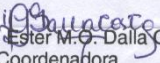
Atenciosamente

Cambé, 12 de março de 2009.


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


Alessandra Garcia González Vaz
Secretária da Saúde
Cambé - PR

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

 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA <small>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</small>	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer PF Nº 050/09 CAAE Nº 0779.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 247631	Londrina, de de 2009.
PESQUISADOR: MEIRI CRISTINA SAKUMA NAKAGAWA Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde	
Prezada Senhora: <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMBÊ, PR"</p> <p style="text-align: center;">Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Atenciosamente,  Profª. Dra. Ester M.C. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UJEL	
<small> Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR-445), km 380 - Fone (043) 371-4000 PABX - Fax 328-4440 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-990 - Internet http://www.uel.br Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 66 - Vila Operária - Fone (043) 381-2000 PABX - Fax 337-4041 e 337-7495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440 LONDRINA - PARANÁ - BRASIL </small>	
<small>Forn. Código 11.384 - Formato A4 (210x297mm)</small>	