SILVIO CARLOS COELHO DE ABREU

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2008

São Paulo

2008

Silvio Carlos Coelho de Abreu

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

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Profª. Drª Maria Ercília de Araújo

São Paulo

2008

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Abreu, Silvio Carlos Coelho de
Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo, 2008 / Silvio Carlos Coelho de Abreu; orientador Maria Ercília de Araújo. -- São Paulo, 2008.
219p.: tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Programa de saúde bucal – Casa de Saúde Santa Marcelina (São Paulo) – Avaliação 2. Saúde bucal – Planos e programas de saúde 3.Odontologia social

CDD 362.82
BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Abreu SCC. Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo, 2008 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

São Paulo, / /2009

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a)._____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a)._____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a)._____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha esposa Adriana, que com paciência e compreensão, mas também com austeridade nos momentos de meus exageros, soube passar por esta árdua etapa.

Às minhas filhinhas Sofia e Manuela, que neste período foram obrigadas a suportar por diversas vezes um pai chato, ausente e sem paciência.

Aos Irmãos Beto e João, que perdi no decorrer do trabalho e que sempre vibraram muito com minhas conquistas mas que não estarão fisicamente presentes neste momento importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Maria Ercília de Araújo pela boa vontade, carinho, confiança e fraternidade em todos os momentos, e por ter me proporcionado esta nobre oportunidade.

Às minhas amigas Fernanda e Julie pelo suporte técnico impagável e pelo apoio que me deram, como verdadeiras irmãs, em meus piores momentos no decorrer desta trajetória.

Ao meu amigo Wagner pelo incentivo e suporte incondicional.

À Coordenação da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina pela confiança, incentivo e apoio.

À minha professora Hilegonda Maria Duthil Novaes pelos ensinamentos e apoio nos meus primeiros passos no caminho da avaliação em saúde.

Ao meu amigo Marcelo pelo apoio na estruturação dos bancos de dados.

Ao meu amigo e parceiro Adilmo pelo incentivo e apoio.

Ao meu amigo Celso pelas orientações, sugestões e incentivo.

À todos os meus colegas de trabalho pela paciência e pelo incentivo permanente.

À todos os profissionais das Equipes de Saúde das Unidades Básicas e seus respectivos gerentes pela boa vontade, colaboração e por terem permitido o desenvolvimento do trabalho.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Abreu SCC. Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo, 2008 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família, caracterizada inicialmente como Projeto QUALIS no município de São Paulo, iniciou as suas atividades em 1996 na zona leste da cidade, através da Casa de Saúde Santa Marcelina. O Programa de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família Santa Marcelina está atuando no território desde 1998, tendo como principal ponto de reivindicações dos gestores a ampliação do número de equipes para garantir a ampliação do acesso à população. Atualmente, a preocupação está focada nos resultados das ações do programa na saúde bucal da população assistida. Porém, avaliar os resultados das ações de saúde de um programa sem conhecer as bases e o contexto em que foi implantado, torna-se uma tarefa muito complicada. O objetivo geral do estudo é avaliar a implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina, na zona leste do município de São Paulo e os objetivos específicos são: verificar o conhecimento dos profissionais do programa sobre as leis, normas e diretrizes estabelecidas para a saúde bucal na Atenção Básica; verificar a adequação dos processos de trabalho às leis, normas e diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde; e, verificar se a estrutura estabelecida, nos consultórios odontológicos das unidades de saúde, permite a operacionalização do trabalho de acordo com as leis, normas e

diretrizes. Metodologia: Estudo descritivo/analítico através de pesquisa documental e do arcabouço legal que estabelece as bases para a Saúde Bucal na Atenção Básica e de dados primários coletados em instrumento apropriado, aplicado para o levantamento de informações sobre o conhecimento dos profissionais em relação às normas, diretrizes e a legislação específica, e, em relação ao desenvolvimento dos processos de trabalho. O universo de estudo é composto por 14 UBS que desenvolvem a estratégia Saúde da Família na região, assim como todas as ESB habilitadas no Ministério da Saúde pela instituição. A avaliação dos dados foi feita considerando as variáveis em três Eixos de Análises, que correspondem aos objetivos específicos da proposta. Assim foram criados os eixos: 1 Conhecimento dos profissionais; 2 Adequação dos processos de trabalho; e, 3 Estrutura. A hipótese a ser verificada foi, que o Programa de Saúde Bucal está implantado satisfatoriamente considerando os eixos de avaliação propostos. Resultados: o eixo Conhecimento dos profissionais teve um percentual de implantação de 87,7%, o eixo Adequação dos processos de trabalho teve um percentual de implantação de 82,0% e o eixo Estrutura teve um percentual de implantação de 80,5%. Conclusão: O Programa de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família está **Satisfatoriamente Implantado (83,4%)** na zona leste do município de São Paulo, considerando o conhecimento dos profissionais envolvidos sobre as leis, normas e diretrizes para a Saúde Bucal na Atenção Básica, a adequação do processo de trabalho às leis, normas e diretrizes, e a estrutura oferecida nos consultórios odontológicos para o desenvolvimento das ações.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde; Avaliação de Programa; Avaliação de implantação; Avaliação em Saúde Bucal; Saúde Bucal no PSF

Abreu SCC. Evaluation of the implementation of the Program of oral healthcare of the Family Health Strategy, in the eastern region of the city of Sao Paulo, 2008 [Master's Thesis]. Sao Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008

ABSTRACT

The Family Healthcare Strategy, characterized initially as Project QUALIS in the municipality of São Paulo, started its activities in 1996 in the eastern area of the city, through the Casa de Saúde Santa Marcelina. The Program of oral healthcare of the Family Health strategy Santa Marcelina is acting in the territory since 1998, the main point of claims of managers the enlargement of the number of teams to ensure the expansion of access to the population. Currently, the concern is focused on the results of the actions of the program in oral health of the population assisted. However, to assess the results of health actions of a program without knowing the bases and the context in which was implemented, becomes a difficult task. The **general objective** of the study is to assess the implementation of the Program of oral healthcare of the Family Health Strategy of Casa de Saúde Santa Marcelina/Social Organization Santa Marcelina, in the eastern region of the municipality of S Paulo and **specific objectives** are: to verify the knowledge of professionals of the program about the laws, rules and guidelines established for oral healthcare in primary health; to verify the adequacy of work processes to the laws, rules and guidelines proposed by the Ministry of Health and Municipal Department of Health; and, to verify whether the structure established in dental clinics of public health units allows the structuring of the work in accordance with the laws, rules and guidelines. **Methodology**: descriptive study/analytical through documental research

and the legal framework which lays the foundations for the Oral Health Care in Primary Health and primary data collected in appropriate instrument, applied for setting up information on the knowledge of professionals in relation to standards, guidelines and specific legislation, and, in relation to the development of work processes. The universe of study is composed by 14 public health primary care units which develop the family health strategy in the region as well as all oral health teams empowered in the Health Ministry by the institution. Data evaluation was performed considering the variables in three axles of analyzes, which correspond to specific objectives of the proposal. So were created the axles: 1-Knowledge of professionals; 2- Adequacy of work processes; and, 3- Structure. The hypothesis to be verified was that the Program of Oral healthcare is implemented satisfactorily whereas the axles of evaluation proposed. **Results**: the axis of knowledge of professionals had a percentage of implementing of 87.7%, the axis Adequacy of the processes of work had a percentage of implementing of 82.0% and the axis Structure had a percentage of implementing of 80.5%. **Conclusion**: Concerning knowledge of involved professionals about laws, rules and guidelines for the Oral Health in basic care, the adequacy of work processes to the laws, rules and guidelines and structure offered in public dental clinics for clinical procedures it is legitimate that the Program of oral healthcare of the Family Health strategy is satisfactorily implemented (83.4%) in the eastern region of the city of São Paulo.

Keywords: Evaluation in Health; assessment of Program; assessment of implementation Assessment in Oral Health; Oral Health in the FHP (family health program)

SUMÁRIO

p.

1 INTRODUÇÃO ……..…10

2 REVISÃO DA LITERATURA ……....18

3 OBJETIVOS……103

4 MATERIAL E MÉTODO.....104

5 RESULTADOS…….....147

6 DISCUSSÃO ……..……...168

7 CONCLUSÃO …..……192

REFERÊNCIAS ……193

ANEXOS ……198

1 INTRODUÇÃO

Iniciado no Brasil em 1912, o trabalho da congregação das Irmãs Marcelinas - constituído por ações assistenciais e educacionais - foi paulatinamente se expandindo pelos estados do país. Essa expansão foi tão intensa que, ao final do século XX, existiam instituições da congregação nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Bahia, Rondônia, Tocantins e Distrito Federal.

Para cumprir a sua missão educativa, calcada no engajamento com a vida e com a realidade e na sintonia com o tempo (INSTITUTO DAS IRMÃS DE SANTA MARCELINA, 2008), a congregação das Irmãs Marcelinas se alicerça no acolhimento, no respeito às diferenças individuais e no exercício e exemplo cotidianos da simplicidade, da liberdade responsável, da verdade e do amor, valores fundamentais para a instituição.

Já no que concerne à saúde, a missão de “reparar os estragos” e “restaurar a beleza da criatura” (INSTITUTO DAS IRMÃS DE SANTA MARCELINA, 2008) conduziu a instituição à sua principal obra. O Hospital Santa Marcelina (HSM), localizado em Itaquera - bairro da zona leste do município de São Paulo – foi inaugurado em 1961, com 150 leitos, laboratórios de análises clínicas, sala de radiologia, sala de cirurgia, sala de parto e uma pequena emergência (HOSPITAL SANTA MARCELINA, 2008). Àquela época, o hospital contava com um corpo clínico de sete médicos e 30 funcionários (HOSPITAL SANTA MARCELINA, 2008), para assistir uma população estimada de 60.000 habitantes (BOURGET, 2005).

O acelerado crescimento da cidade, bem como a falta de investimento público na área de saúde, transformaram o Hospital Santa Marcelina na principal

referência de saúde na zona leste do município de São Paulo. Equiparado aos maiores centros médicos do país, o HSM atende diariamente a cerca de 3.000 pessoas, conta com modernos equipamentos e com um quadro de profissionais altamente qualificados (BOURGET, 2005).

Com capacidade operacional de 800 leitos, vem realizando mensalmente cerca de 30.000 atendimentos de pronto-socorro, 48.000 atendimentos ambulatoriais, 3.400 internações hospitalares, 1.350 cirurgias e 196.000 procedimentos diagnósticos (BOURGET, 2005).

O crescimento do Santa Marcelina tem atraído profissionais de renomado saber técnico-científico, o que consolida o papel de referência especializada do hospital em toda a zona leste da cidade de São Paulo. Esse fato, aliado à vocação educacional da congregação das Irmãs Marcelinas, contribui para que o HSM efetivamente cumpra a sua declarada missão, que se constitui em “oferecer assistência, ensino e pesquisa em saúde, com excelência, à luz dos valores éticos, morais e cristãos” (HOSPITAL SANTA MARCELINA, 2008).

O sucesso da congregação das Irmãs Marcelinas na gestão desse hospital teve seu justo reconhecimento pelo setor público estadual, que recentemente contratou os serviços da Casa de Saúde Santa Marcelina para a gestão dos Hospitais Estaduais de Itaquaquecetuba e Itaim Paulista.

A Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei complementar 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), estabeleceram o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo de saúde a ser implantado em todo o território nacional. Desde então, normas operacionais vêm sendo editadas para orientar o setor público na efetiva implantação desse sistema.

Nesse contexto, a Norma Operacional Básica 01/96 - consolidada pela Portaria de número 2203 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) - definiu programas prioritários para a reorientação do modelo de atenção básica à saúde, recomendando o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégias a serem adotadas, além de estabelecer um incentivo financeiro a ser acrescido ao Piso da Atenção Básica (PAB) à medida que os municípios implantassem esses serviços.

Àquela época, o município de São Paulo sequer havia iniciado a implantação do SUS, pois o então prefeito da cidade – cujo mandato havia se iniciado em 1992 – havia adotado outro modelo de assistência à saúde, denominado Plano de Atendimento à Saúde (PAS). Assim sendo, a maior cidade do país deixou de receber os recursos financeiros destinados ao PAB porque não cumpriu as recomendações oficiais do Ministério da Saúde (BOURGET, 2005).

Em virtude dessa situação, em 1996 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) elaborou o Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), cujo objetivo era iniciar a implantação do PSF no município de São Paulo (BOURGET, 2005). Para a implementação desse modelo de atenção básica à saúde – que se iniciaria na zona leste e posteriormente se estenderia às zonas norte e sul da cidade -, a SES estabeleceu parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Na zona leste da cidade o Projeto QUALIS expandiu-se rapidamente, haja vista que, em 2001, a região contava com 28 unidades de saúde, 96 equipes e uma população cadastrada de mais de 300.000 habitantes (BOURGET, 2006).

A partir de 2001, com a mudança de prefeito, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estabeleceu convênio com o SUS, assumindo a gestão da atenção básica (o Projeto QUALIS foi extinto, e suas 28 unidades de saúde foram

municipalizadas). Assim, a Secretaria Municipal de Saúde adotou, como estratégia para a implantação, implementação e expansão do PSF, o estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais e Instituições Educacionais e, para a zona leste II do município - que compreende as subprefeituras de Itaquera, Itaim Paulista, São Miguel Paulista, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Cidade Tiradentes e São Mateus -, foi estabelecido convênio com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Atualmente, na área dessas sete subprefeituras, há 55 unidades de saúde, 222 equipes de saúde da família e 215.197 famílias cadastradas, totalizando 811.630 habitantes (BOURGET, 2006).

Isso evidencia o reconhecimento das autoridades governamentais pelo trabalho desenvolvido pela instituição na reorganização da atenção básica. Há que ressaltar que, ao final de 2003, o PSF estava implantado em 54 unidades de saúde da zona leste de São Paulo, com 207 equipes e mais de 600.000 habitantes cadastrados, o que representava uma cobertura aproximada de 25% da demanda de toda a região (BOURGET, 2006).

Em 14 de fevereiro de 2007 foi estabelecido contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Organização Social Santa Marcelina para a microrregião de Cidade Tiradentes/Guaianases, que compreende os distritos administrativos de Cidade Tiradentes, Guaianases e Lageado. Essa microrregião teve uma população estimada para 2008, segundo o setor de informação da Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina, de cerca de 555.405 habitantes - e conta atualmente com 15 unidades básicas de saúde que trabalham com o PSF, com 61 equipes e uma população cadastrada de 219.103 habitantes, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 39% da população.

1.1 A Saúde Bucal no Programa Saúde da Família

Como exposto anteriormente, o PSF, caracterizado como Projeto QUALIS no município de São Paulo - e desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, a partir das diretrizes do Ministério da Saúde - iniciou as suas atividades em 1996, na zona leste da cidade (BOURGET, 2006).

Naquele ano, foram instaladas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) - entendidas como equipes mínimas ou nucleares, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Por determinação da Secretaria de Estado da Saúde, foi convencionada a denominação PROJETO QUALIS SANTA MARCELINA para o PSF que se implantava (BOURGET, 2006).

Considerando que o município de São Paulo não estava habilitado, naquele momento, a administrar o SUS, essa iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde possibilitou o exercício do PSF – já testado com sucesso em várias regiões do país, especialmente no nordeste, em São Paulo (BOURGET, 2006).

Para o município de São Paulo, os desafios e dificuldades iniciais eram grandes, pois o quadro geográfico – além do político, por óbvio - era completamente desfavorável. Parecia difícil implantar com sucesso o PSF em área metropolitana densamente povoada, com grande oferta de serviços de saúde, inclusive os de alta tecnologia, e pouco acesso da população à rede, entre outros problemas. Não havia experiência acumulada de PSF em outras grandes áreas metropolitanas mas sabia-se que, uma vez dando resultados positivos na cidade de São Paulo, a repercussão nacional seria grande (BOURGET, 2006).

O Projeto QUALIS teve início em 1996, em nove unidades da zona leste da cidade. Enfrentando todas as contradições e dificuldades para o desenvolvimento da proposta em área metropolitana - principalmente as culturais, que envolvem as críticas de vários setores, organizados ou não, que afirmavam que o PSF se resumia a “medicina pobre para pobres” -, a consolidação do modelo só foi possível a partir do apoio da população, do planejamento das ações em bases epidemiológicas, da capacitação das equipes e do fortalecimento das gerências (BOURGET, 2006).

Todos esses fatores contribuíram para o dinamismo das equipes, que desenvolveram suas ações segundo um eixo bem definido, fundamentado nos pressupostos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

Assim, as equipes foram preparadas para:

- Conhecer a realidade das famílias, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco às quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- Prestar assistência na atenção básica, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, procurando obter o máximo de resolutividade neste nível de atenção, com ênfase nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Buscar uma integração do serviço aos outros níveis do sistema, de forma a oferecer atenção integral ao indivíduo;

- Desenvolver processos educativos com a comunidade, buscando a melhoria das condições de saúde; e
- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados, em busca da qualidade de vida (BOURGET, 2006).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), principal ferramenta para o planejamento e desenvolvimento das ações das ESF, define como “grupos de acompanhamento prioritário” os menores de dois anos, as gestantes, os portadores de diabetes, de hipertensão arterial, tuberculose e hanseníase. Cabe também, às ESF preparadas para isso, identificar agravos e implementar medidas para resolvê-los, de acordo com os fatores de risco identificados no território adstrito a cada Unidade Básica de Saúde (UBS) (BOURGET, 2006).

Foi nesse contexto já estruturado que, em julho de 1998, iniciaram-se as primeiras discussões para a implementação de ações de odontologia no Projeto QUALIS Santa Marcelina, com a criação da Coordenadoria de Saúde Bucal e a presença do cirurgião-dentista nas ESF (BOURGET, 2006). A partir dessa etapa e da avaliação da experiência, algumas discussões foram feitas com o Ministério da Saúde, que no ano seguinte normatizou a situação dos profissionais da odontologia no PSF e, através da Portaria 1.444 - de 28/12/2000 -, estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF (BRASIL, 2000). Em 2001, com a mudança da administração municipal e do modelo de gestão, e graças ao estabelecimento de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o SUS, em que a primeira assumiu a gestão da atenção básica, houve a extinção do “Projeto QUALIS” e a municipalização das suas unidades de saúde. A partir deste marco, a antiga proposta passou a ser denominada “Programa Saúde da Família Santa Marcelina” (BOURGET, 2006).

O Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família Santa Marcelina está atuando em seu território desde 1998, e o foco principal de reivindicações de sua coordenadoria tem sido o da ampliação das equipes para garantir a ampliação do acesso à população. Atualmente os olhares estão se voltando para a preocupação com os resultados das ações deste programa na saúde bucal da população assistida. Entretanto, avaliar resultados das ações de saúde de um programa sem conhecer as bases e o contexto em que foi implantado, torna-se uma tarefa muito difícil.

O Programa atua com uma proposta diferente a do modelo hegemônico no município, em um território sem nenhum tipo de assistência odontológica anterior, atuando já por uma década de prestação de serviços a uma população identificada e cadastrada, e sem ainda ter tido a preocupação de ter produzido um conhecimento capaz de fazer refletir sobre a sua prática. Após uma década de atuação usa-se naturalmente no cotidiano, o termo “Programa implantado”, todavia, após esta considerável caminhada algumas questões ainda incomodam, como por exemplo: Sob que aspectos, critérios e parâmetros, podemos considerar o Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família Santa Marcelina, implantado?

A busca da resposta a este questionamento é a justificativa deste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta primeira parte da revisão encontra-se o arcabouço legal que sustenta a implantação e implementação do Programa de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. O autor faz então um breve relato das principais decisões e orientações contidas nas normas, diretrizes, portarias e leis citadas. Este arcabouço legal compõe a Dimensão Normativa do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

2.1 Dimensão Normativa

2.1.1 Constituição Federal, Leis 8080/90 e 8142/90

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 198, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única; Atenção integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo da assistência e participação da comunidade.

As instituições do setor privado podem participar do sistema em caráter complementar, isto é, quando o setor público não for suficiente para a assistência à população (BRASIL, 1988). O detalhamento do estabelecido na Constituição Federal está contido nas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e na Lei 8.142 de 28 de dezembro do mesmo ano (BRASIL, 1990a, 1990b)

A Lei 8.080 batiza oficialmente o sistema público de “Sistema Único de Saúde” e anuncia seus princípios e diretrizes:

Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito a informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e, organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Ainda segundo este mesmo documento, as competências da União, dos Estados e dos Municípios são apresentadas da seguinte forma:

União – definir a política nacional de saúde, avaliar os sistemas estaduais de saúde, assessorar tecnicamente estados e municípios e, financiar de acordo com as normas.

Estados – definir a política estadual de saúde, avaliar os sistemas municipais de saúde, assessorar técnica e financeiramente os municípios e, coordenar os sistemas inter-regionais e municipais.

Municípios – definir a política municipal de saúde, assumir a gestão do sistema municipal de saúde e, gerenciar e executar o serviço de saúde (BRASIL 1990a).

A legislação anterior, que pulverizava as atribuições do setor saúde, deixando cada instância governamental com uma fatia do sistema, foi revogada e a legislação passou a recomendar a integração interinstitucional, a descentralização e a responsabilização crescente dos municípios na gestão dos sistemas de saúde (BRASIL, 1975).

As grandes mudanças propostas na Lei 8.080 são acompanhadas por um conjunto de Normas Operacionais na década de 90, e desde então o Sistema Único de Saúde vem sendo gradativamente implantado em todo território nacional. Foi neste período, por exemplo, que o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), órgão do Ministério da Previdência Social, foi extinto e todos os seus serviços foram sendo gradativamente transferidos para os Estados e Municípios, com estes últimos assumindo a gestão dos sistemas de saúde, em diferentes gradações, dependendo do nível de organização de cada um. Convém observar que constitui atribuição dos municípios, a gestão e execução dos serviços de saúde.

A Lei 8.142, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b). Foi esta Lei que estabeleceu em seu artigo 1º que o SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

Com relação aos recursos financeiros na área da saúde, o artigo 2º desta mesma Lei estabelece que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, entre outros, como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Cabe ainda destacar o artigo 4º que estabelece que os municípios para receberem os recursos financeiros previstos na Lei, deverão estar organizados e contando, entre outros, com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde com composição paritária e Plano de Saúde.

A Lei 8.142 ainda impõe que, o não atendimento pelos municípios, estados ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos por ela, implicará em que os recursos sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

2.1.2 Normas Operacionais: NOB 1991; 1993 e 1996 e NOAS 2001 e 2002

A legislação do SUS, a partir de 1990, foi seguida pela edição, pelo Poder Executivo, de um conjunto de normas objetivando a efetiva operacionalização das recomendações contidas nestas leis. As Normas Operacionais de 1991 e de 1993 foram especialmente dirigidas para a integração entre as três esferas de governo iniciando uma fase de intensa descentralização, transferindo um conjunto de responsabilidades para os Estados e principalmente para os municípios. A Norma Operacional de 1991 também criou a Autorização de Internação Hospitalar (A.I.H.) estabelecendo o sistema de remuneração dos prestadores de serviços no país e o Fator de Estímulo à municipalização que se traduziu em repasses financeiros do Governo Federal aos municípios, além de estabelecer condições para a instalação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, instâncias deliberativas envolvendo setores da sociedade e dos órgãos governamentais (BRASIL, 1991).

A Norma Operacional de 1993, levou em consideração os avanços observados e as principais dificuldades no início da implantação do S.U.S. em todo o país, criou as Comissões Intergestores Tripartite, reunindo gestores municipais, estaduais e federal e a Comissão Intergestores Bipartite envolvendo os gestores estaduais e municipais. Foi esta norma também que estabeleceu o Sistema de Informações Ambulatorial (SIA-SUS) (BRASIL, 1993).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), anunciou a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) estabelecendo um valor fixo, per capta, a ser repassado para os municípios organizarem a atenção básica e estabeleceu que os municípios deveriam assumir, no mínimo, a gestão da atenção básica, para estabelecerem o convênio com a União. A NOB 96 anunciou também um incentivo de 2% de acréscimo no PAB para cada 5% de população coberta com o Programa de Saúde da Família ou o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, de forma que, os municípios que cobrissem 100% da população com estas estratégias teriam um acréscimo de 40% no valor do do PAB a ser repassado aos municípios (BRASIL, 1996).

Assim, foi através deste incentivo financeiro que o Ministério da Saúde traduziu sua a decisão de incluir o PSF e o PACS entre as estratégias prioritárias para reorganização do modelo de atenção básica desenvolvido em todo o país.

O Programa de Saúde da Família deixou de ser uma estratégia adotada em experiências isoladas no país e passou a se constituir no modelo de atenção básica recomendado para todo o Brasil. Este modelo apresenta características que o distingue do modelo tradicional por delimitar precisamente a área geográfica de atuação, realizar um cadastro de todas as famílias residentes nesta área, registrando informações sobre as suas condições de vida e as doenças referidas

permitindo a identificação de grupos de risco, trabalhar a assistência à saúde com enfoque familiar e não individual e dar ênfase à promoção da saúde e prevenção de doenças além da prestação da assistência à saúde.

Os avanços observados nos anos seguintes foram significativos e no final da década de 1990, 89,44% dos municípios já estavam assumindo a Gestão da Atenção Básica e 10,14% a Gestão do Sistema Municipal de Saúde.

O número de municípios que ainda não haviam iniciado a implantação do SUS era muito pequeno, porém foram identificados problemas importantes principalmente nos municípios com a Gestão do Sistema de Saúde que ainda não haviam assegurada a inserção e papel de referência nas redes estaduais de serviços implicando em barreiras de acesso à população que residia em outros municípios menores e não contavam com serviços de referência. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foi então editada para definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais e estabelecer critérios para a alocação de recursos.

Os principais objetivos da NOAS-SUS 01/2001 foram:

- Definir o processo de regionalização da assistência.
- Atualizar os critérios de habilitação dos municípios
- Ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica.

A Norma apresenta como estratégia principal um conjunto de recomendações para a organização dos sistemas de referência inter-regionais e municipais através da qual os sistemas de saúde funcionam articulados em redes e cooperativas de atenção em territórios delimitados e com populações definidas para garantir o acesso de todos os usuários às ações e serviços de saúde que não estão disponíveis nos municípios. A divisão dos Estados em regionais de saúde,

estabelecendo os municípios pólos de regiões com a responsabilidade de atuar como referência é uma atribuição do nível estadual. Esta Norma Operacional também estabelece o elenco mínimo de procedimentos a ser realizado na atenção básica que passa a ser denominada “atenção básica ampliada” e deve incluir ações voltadas para a assistência à criança, mulher, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e saúde bucal. O Piso da Atenção Básica (PAB) passa a ser denominado Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA) e os municípios passam a assumir, no mínimo, a responsabilidade pela realização das ações da atenção básica ampliada. Assim, a partir de 2001, os municípios passam a assumir no mínimo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada devendo organizar ações, neste nível de atenção, que contemplem as recomendações da União. Cumpre destacar que os incentivos para a organização da atenção básica, tendo como estratégias o PSF e o PACS, foram mantidos (BRASIL, 2001a).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde 2002 (NOAS-SUS 01/2002), levando em consideração o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão e visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, traz os seguintes objetivos:

- ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;
- estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade;
- criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde;
- proceder à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

2.1.3 Portaria nº 1882, de 18 de Dezembro de 1997 GM/MS

Programa Saúde da Família

O PSF é definido como uma “estratégia” para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, sob o enfoque das famílias que o constituem. O principal objetivo é a transformação do modelo tradicional de assistência, no qual os trabalhadores dos serviços de saúde aguardavam passivamente a procura dos serviços pela população, em outro no qual os serviços de saúde têm um papel dinâmico de também ir ao encontro da população, principalmente através da visitação domiciliar. A atenção à saúde é centrada na família e não no indivíduo isoladamente, e a família é observada no seu contexto sócio-econômico e cultural, através do seu cadastro, que reúne informações que permitem a identificação de um conjunto de fatores de risco anteriormente não percebidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 1997). Esta nova estratégia de atenção à saúde vem sendo implantada no país nas unidades básicas de saúde que desenvolviam o modelo tradicional de assistência ou em unidades instaladas já com esta estratégia, e os trabalhos são organizados a partir das seguintes etapas: sensibilização e divulgação para a população; adesão; recrutamento, seleção e contratação de pessoal; capacitação das equipes; treinamento introdutório; educação continuada; acompanhamento e avaliação; e, manutenção e financiamento.

A partir do princípio que a população está acostumada com o modelo tradicional de assistência há necessidade de uma etapa preliminar, na qual será selecionada a área de atuação onde a equipe vai ser instalada, para que a

estratégia possa ser divulgada junto à população, que precisa ser sensibilizada a respeito das vantagens desta nova forma de organizar serviços de atenção básica. A partir do momento que foi percebida a adesão da população devem ser iniciados os procedimentos para recrutamento, seleção e contratação do pessoal que vai atuar, cabendo destacar que a equipe mínima deve ser constituída por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 5 Agentes Comunitários de Saúde. Após a contratação, a equipe precisa ser capacitada através do "Treinamento Introdutório" recebendo todas as orientações sobre esta estratégia de trabalho para, a seguir, iniciar a realização do cadastro das famílias (BRASIL, 1998). O número de famílias a ser cadastrada vai depender da região onde o PSF vai ser instalado, devendo-se para tanto cumprir com as recomendações oficiais que estabelecem um número variável de 600 a 1000 famílias/equipe, o que corresponde a uma população de 3.000 a 4.000 habitantes. O cadastramento das famílias vai permitir um bom conhecimento da população a ser assistida uma vez que permitirá a identificação dos riscos:

Ambientais: áreas de invasão; de enchentes; com acúmulo de lixo; falta de água tratada; com poluição do ar, terra, águas; etc

Sociais: desemprego; violência; drogas; condições de moradia, etc

Saúde: Infecto-contagiosas; crônico-degenerativas; populações de risco (criança < 1 ano e gestantes); doenças referidas pela população; etc.

Após a realização do cadastro, a equipe vai planejar o seu trabalho, discutindo e organizando a agenda da equipe e de cada um dos seus componentes, incluindo na mesma alguns períodos para reunião da equipe com o objetivo de avaliação.

Os princípios gerais que devem nortear o trabalho da equipe de saúde da família são:

- Promover o conceito de saúde como direito de cidadania;
- Promover a família como núcleo básico de abordagem para a saúde;
- Prevenir doenças e identificar e atuar sobre os fatores de risco;
- Atender a população cadastrada preferencialmente;
- Buscar a humanização do atendimento;
- Incentivar a participação popular.

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve ainda:

Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania.

As recomendações atuais estabelecem que a atenção básica deve contemplar, no mínimo, um conjunto de ações voltadas para a assistência à criança, à mulher, à hipertensão arterial, ao diabetes, à tuberculose, à hanseníase e à saúde bucal, e as equipes de saúde da família precisam estar atentas para cumprir com estas recomendações (BRASIL, 2002). É responsabilidade do nível central (regional,

municipal e estadual) desenvolver um processo de educação continuada para a capacitação e atualização das equipes do PSF, contribuindo para o seu bom desempenho. A equipe precisa ainda estar preparada para promover a integração com os demais serviços de saúde para favorecer a organização da rede de referência e contra-referência, e também com os outros serviços e equipamentos sociais existentes na região, além de promover a participação dos usuários, catalisando o processo de sua organização através dos conselhos locais de saúde. A manutenção dos trabalhos das equipes vai depender ainda dos demais órgãos da administração pública que precisam, continuadamente, propiciar os materiais permanentes e de consumo necessários para a operacionalização dos trabalhos, bem como dos recursos financeiros exigidos para a manutenção das equipes.

2.1.4 Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000

Inserção da Saúde Bucal no PSF

Com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (BRASIL, 2000). As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001b). Dessa forma, foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal:

• ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). Recebia inicialmente R$ 5.000,00 para implantação e R$ 13.000,00 por ano para custeio.

• ESB Modalidade II: composta por CD, ACD e técnico em higiene dental (THD). Recebia inicialmente R$ 5.000,00 para implantação e R$ 16.000,00 por ano para custeio.

Cada ESB era referência para duas ESF. Dessa forma, cada ESB cobriria, em média, 6.900 pessoas.

A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Essa mesma Portaria reajustou os incentivos de custeio das ESB Modalidade I para R$ 15.600,00 e para R$ 19.200,00 o incentivo anual de custeio para as ESB Modalidade II, cessando os efeitos da Portaria nº 1.444/GM, de 2000 (BRASIL, 2003a).

Com a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando cada ESB Modalidade I a receber R$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II a receber R$ 26.400,00 por ano para custeio. Ambas as modalidades passaram a receber R$ 6.000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais. A partir dessa portaria, as ESB Modalidade II passaram a receber um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para a atuação do técnico em higiene dental (BRASIL, 2004a).

Atualmente a Portaria nº 2489 de 21 de outubro de 2008 redefiniu os valores de rapasse, passando então a ESB Modalidade I a receber o valor de R$ 22.800,00

e a ESB Modalidade II a receber o valor de R$ 29.400,00 anualmente, para custeio (BRASIL, 2008).

2.1.5 Pacto pela Saúde 2006

Consolidação do SUS

Este Pacto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em Fevereiro de 2006, contendo as mais recentes diretrizes operacionais para o SUS (BRASIL, 2006a).

Os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que deverá ser anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

2.1.5.1 pacto pela vida

Constituido por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Tem como uma de

suas prioridades o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde propondo consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, com os seguintes objetivos na diretriz operacional:

- Assumir a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- Consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios.
- Ampliar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos.
- Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da Estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

2.1.5.2 pacto em defesa do SUS

Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal;

2.1.5.3 pacto de gestão

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte da constatação indiscutível que o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniqüidades regionais. Além de definir diretrizes nacionais, o Pacto diz que é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. O Pacto ainda radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos; reforça a territorialização da saúde

como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação eqüitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência, fundo a fundo, entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. Tem como uma de suas prioridades definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação. Estabelece ainda, diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

O bloco de financiamento para a atenção básica contempla a Saúde bucal fazendo parte do Piso da Atenção Básica Variável - PAB variável no montante da União. Porém, o financiamento para a atenção básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

2.1.5.4 responsabilidade sanitária e responsabilidades gerais da gestão do SUS

Em relação às responsabilidades sanitárias, os Municípios, Distrito Federal, Estados e União têm agora definidas novas atribuições. Em relação às responsabilidades gerais de gestão, os municípios agora são responsáveis pela integralidade da atenção à saúde da sua população, devendo exercer essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União.

O município deve ainda:

- garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;
- com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;
- desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

- organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
- garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

- assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

2.1.6 Política Nacional da Atenção Básica

Em 2006 é regulamentada a Política Nacional da Atenção Básica pela portaria ministerial de nº 648 de 28 de março de 2006.

Regulamenta a Atenção Básica caracterizando-a por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução

de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

2.1.6.1 das responsabilidades de cada nível de governo

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à Estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

- inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;
- definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da Estratégia Saúde da Família;
- garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- assegurar o cumprimento de horário integral (jornada de 40 horas semanais) de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de Saúde Bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho

em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

- realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e
- estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.1.6.2 da infra-estrutura e dos recursos necessários

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

- existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
- número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

- garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

2.1.6.3 do processo de trabalho da saúde da família

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

2.1.6.4 as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família e de Saúde Bucal

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

- participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações,entre outros), quando necessário;realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

- promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- participar das atividades de educação permanente; e
- realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

São atribuições específicas:

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Cirurgião Dentista:

Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e

desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF; realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumental e materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organizar a agenda clínica; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar

ações de saúde de forma multidisciplinar; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

2.1.7 Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal no município de São Paulo, 2006

Em consonância com os preceitos que regem o SUS no Brasil, o documento tem como objetivo apontar as Diretrizes de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o período de 2005 a 2008.

Conforme apontado nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de saúde bucal, esta é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde e, de acordo com a 3ª Conferência Nacional de saúde bucal, as condições bucais podem mostrar sinais significativos de desigualdade. É preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas sadias. Significa estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar atenção materno-infantil. Os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento em situações de urgência odontológica ou, simplesmente, não os acessavam. Tal modelo sempre foi muito criticado em virtude de sua cobertura exígua e por estar centrado em ações curativas, contribuindo para um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado. Por outro lado, políticas públicas como a fluoretação das águas de abastecimento público que é realizada no município de São Paulo desde 1985, com heterocontrole dos teores de flúor desde 1992,

associadas à realização dos Procedimentos Coletivos (PC) levaram a uma diminuição da incidência da cárie dentária na população em idade escolar. A diminuição da cárie dentária na população infantil se caracteriza como um fenômeno denominado polarização, que corresponde ao fato de 25 a 30% da população escolar acumular 80% das necessidades de tratamento, enquanto o restante encontra-se livre ou com baixos índices de cárie (índice CPO-D ≤ 3). E essa situação reflete uma desigualdade social, uma vez que são as crianças de famílias de menor condição econômica que apresentam as maiores necessidades de tratamento. A falta de acesso dos adolescentes e da população adulta aos serviços de Saúde Bucal gerou um número muito grande de necessidades acumuladas e de maior complexidade das ações resolutivas. Com isso, faz-se necessária uma mudança no modelo de atenção em saúde bucal com o redirecionamento das ações assistenciais, tanto no que diz respeito ao público-alvo contemplado, quanto na sua complexidade, sendo primordial a utilização dos dados epidemiológicos disponíveis no planejamento dos serviços, aliados aos determinantes sócio-econômicos do processo saúde-doença, bem como a sensibilização de todos os profissionais.

Experiências exitosas de unidades do PSF têm demonstrado que a avaliação dos fatores de risco a que a família, núcleo social mais primário, está exposta, assim como a avaliação do risco individual para doenças bucais, possam ser instrumentos valiosos na organização dos serviços, uma vez que permitem garantir um dos princípios do SUS, a eqüidade.

2.1.7.1 atenção básica

A rede básica de saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde; cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias e comunidades. Significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; e acolhê-las em suas necessidades em relação ao sistema de saúde de forma humanitária, garantindo a continuidade da atenção à saúde e a participação social. Este nível de atenção deve ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais. É nesse contexto que se inserem as ações de saúde bucal. Essas ações devem ser de caráter individual e coletivo, sendo planejadas levando-se em conta o perfil epidemiológico da população. A atenção básica é realizada pela rede de UBS, englobando unidades com e sem PSF.

No município de São Paulo as UBS deverão estar organizadas tomando por base o seu território e as necessidades em saúde da população. As equipes das UBS devem planejar suas ações com base no conhecimento da população e do território correspondente às suas áreas de abrangência e de influência. Isto implica em identificar, na área geográfica que a unidade básica de saúde deverá cobrir, seus limites, seus diferentes riscos, barreiras, infra-estrutura de serviços e características de habitação, trabalho, espaços sociais, transportes, lazer etc. Assim sendo, o território deverá ser definido para possibilitar ao munícipe uma referência de serviço de saúde e o trabalho deverá ser desenvolvido prioritariamente, por meio do enfoque familiar. Este aspecto deve ser gradativamente inserido no

desenvolvimento das ações de saúde bucal, de forma que sejam abordados os determinantes sócio-econômico-comportamentais do processo saúde-doença bucal. Neste particular, o enfoque étnico/racial deve ser também contemplado.

A UBS é uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas por equipe multiprofissional. É fundamental que a Saúde Bucal esteja inserida nessa equipe, participando do planejamento das ações de forma interdisciplinar, bem como do conselho gestor da unidade. Nas UBS são desenvolvidas ações do nível primário de atenção e de assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda; tendo como campo de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente. Desenvolve processos educativos com a população através de grupos comunitários enfocando aspectos da melhoria de saúde e qualidade de vida. Deve garantir a resolutividade tecnológica assegurando referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema, quando necessário.

Embora a UBS que conte com equipes do PSF disponha de alguns recursos como o cadastro das famílias, com visita aos domicílios de acordo com prioridade pré-definida, por micro-área de risco, isso não descaracteriza o papel de todas as UBS em desencadear uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações de saúde bucal.

2.1.7.2 ações coletivas

Incluem os Procedimentos Coletivos (PC) e as ações de educação em saúde realizadas com grupos específicos nas UBS, no domicílio ou em outros espaços comunitários.

- Procedimentos Coletivos (PC):

Na cidade de São Paulo, os PC deverão implementados nos grupos cadastrados, a partir da determinação do risco individual e direcionados a uma população previamente definida e acompanhada durante período de tempo determinado e incluirão atividades de educação e prevenção em saúde bucal, rastreamento das doenças bucais; realização de fluorterapia intensiva para casos de médio e alto risco de cárie dentária; escovação dentária supervisionada no mínimo quadrimestral, encaminhamento dos casos que necessitem de tratamento para as unidades de saúde. Os espaços prioritários serão as Creches, que agregam crianças de 0 a 4 anos de idade, as Escolas Municipais de Educação Infantil; que estão voltadas a crianças de 5 e 6 anos de idade e as Escolas Municipais de Ensino Fundamental, que são freqüentadas por crianças de 7 a 14 anos de idade. As Escolas Estaduais de Ensino Fundamental também serão contempladas.

- Triagem conforme critérios de risco e encaminhamento para as UBS de referência:

A cada ano letivo deve ser realizado prioritariamente em creches, pré-escolas e escolas de ensino fundamental o processo de triagem dos indivíduos conforme critérios de risco das doenças bucais. Esse processo também deve ser registrado pela ESB. Essa triagem é fundamental para o estabelecimento da fluorterapia, que poderá ser realizada no próprio espaço social e para a identificação de crianças com

necessidade de tratamento, que deverão ser referenciadas para as UBS. Restaurações atraumáticas em larga escala e mutirões poderão ser realizados no próprio espaço social.

- Escovação dentária supervisionada:

A escovação supervisionada deverá ser desenvolvida em grupos de 6 a 12 pessoas, tanto nos grupos cadastrados em PC (é parte dos PC) como em outros indivíduos e grupos, dentro e fora das unidades de saúde. Este tipo de ação pode e deve ser realizada nos pacientes que tiveram seu tratamento concluído, nos usuários relacionados na lista de espera, nos usuários dos grupos de educação em saúde e em outros grupos realizados nas unidades de saúde e nos espaços sociais a ela referenciados, não envolvidos em PC. Sua execução pode ser responsabilidade do Cirurgião-dentista (CD), do Técnico em Higiene Dental (THD), do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou ainda de equipe local com treinamento efetuado pela unidade. Caberá sempre ao CD o planejamento e supervisão, porém, sendo um procedimento de baixa complexidade, sempre que houver outro recurso humano de menor especialização, deverá ser delegada a este.

Para os PC, deve-se considerar: periodicidade quadrimestral, distribuição de uma escova dental por elemento do grupo e disponibilização de um tubo de creme dental para cada 30 elementos do grupo.

- Fluorterapia intensiva:

Ao considerar a fluorterapia, deve-se levar em conta que a maioria da população da Cidade de São Paulo está exposta à água fluoretada e aos dentifrícios fluoretados. Entretanto, se em alguma comunidade, esta não for a realidade, as orientações sobre o uso de flúor devem ser redefinidas.

2.1.7.3 parâmetros e indicadores para os Procedimentos Coletivos

Devem ser reservadas, no mínimo, 4 horas semanais para a execução de atividades coletivas em espaços fora da unidade de saúde. O planejamento deve ser efetuado pela ESB e, sua execução, preferencialmente pela equipe auxiliar e ACS.

Para o planejamento dos PC, deve-se considerar como parâmetro o de um CD de 20 horas semanais dispensando 20% de sua carga horária para essa ação, atingindo-se, no mínimo:

CD sem auxiliar: 600 indivíduos/mês;

1 CD e 1 ACD: 900 indivíduos/mês; e,

1 CD, 1 ACD e 1 THD: 1500 indivíduos/mês.

2.1.7.4 ações de educação em saúde

São as ações realizadas nas unidades de saúde, ou em outros espaços comunitários, com grupos específicos e que podem ou não ter caráter de continuidade. Também podem ser realizadas nos domicílios pelos ACS devidamente capacitados. A ESB deve também participar dos grupos organizados que já são realizados nas unidades de saúde, integrando-se efetivamente na equipe multiprofissional, assim como criar outros grupos de orientações específicas de sua área. Os grupos devem ser organizados conforme a necessidade própria de cada unidade e os fatores de risco.

Grupos propostos: gestantes, bebês, pré-escolares e escolares, adolescentes, adultos e Idosos e, cuidadores

Para o desenvolvimento dessas ações a abordagem multiprofissional e interdisciplinar vai permitir maior probabilidade de sucesso. Assim, a participação de médicos e outros profissionais da unidade no planejamento e desenvolvimento das mesmas é muito importante. Os grupos operativos para as ações educativas efetuadas nas UBS deverão ser constituídos por até 12 pessoas, com periodicidade mínima quadrimestral, sendo adequado que cada indivíduo receba essa ação pelo menos em três momentos diferentes. Participar de ações educativas deve ser pré-requisito para os indivíduos ingressarem na ação assistencial. Os parâmetros para cálculo devem levar em conta a presença ou não de ACD. Para um CD de 20 horas semanais, deve ser reservada uma hora quinzenal para esse tipo de atividade.

2.1.7.5 planejamento das ações segundo critérios de risco

A abordagem da população-alvo quanto às ações de saúde bucal deve ser planejada segundo cada contexto local. Este enfoque deve considerar três objetivos populacionais a serem atingidos concomitantemente:

- interromper a livre progressão da doença nos grupos populacionais, evitando o surgimento de casos novos (diminuir incidência ou incremento);
- detectar lesões e sinais reversíveis mediante diagnóstico precoce e empregar tecnologias não invasivas (diminuir prevalência); e,
- reabilitar, através de procedimentos restauradores, os doentes e/ou portadores de seqüelas, tanto em atenção primária como secundária e terciária, através de um sistema de referência e contra-referência eficiente, considerando a possibilidade de incluir a oferta de prótese dentária mediante serviços próprios ou contratados.

Para garantir a eficácia e a eficiência dessa abordagem, as unidades de PSF contam com os agentes com ACS que, após treinamento problematizador, estarão capacitados a intervir junto a cada núcleo familiar, buscando a adesão das famílias à proposta. A própria ESB, envolvida com os demais profissionais da unidade, assume este papel nas UBS sem PSF, seja na orientação dada na recepção humanizada, no acolhimento da demanda, nas ações educativas em grupo ou individuais, nas ações preventivas e assistenciais na unidade e no planejamento de ações educativas que realiza na comunidade.

2.1.7.5.1 critérios de risco familiar

Considerando os determinantes sócio-econômico-culturais do processo saúde-doença e a integralidade das ações, o primeiro fator a considerar é o risco familiar, com a finalidade de se obter um mapeamento das famílias do território de abrangência das unidades de saúde, através da identificação de famílias com maior risco biológico, social e ambiental. O objetivo da adoção destes critérios é priorizar as intervenções das ESF e redirecionar as ações de saúde, viabilizando desta forma o diagnóstico epidemiológico como estratégia fundamental ao planejamento, garantindo o acesso à assistência de maneira eqüânime e universal.

Para o PSF, o risco familiar, primeiro critério a ser considerado no planejamento, será efetuado a partir das informações do cadastro das famílias. As famílias de alto risco deverão ser as primeiras a receber as ações educativas e a participar da triagem, para serem logo inseridas nos grupos de controle e assistência. Podemos

ainda, com base no princípio da eqüidade, para organização da demanda no momento de triagem, fazer uso de:

- critérios de risco biológico (presença na família de pessoas que apresentem alguma doença sistêmica que possa ser agravada por complicações odontológicas);
- critérios de risco social (presença de adulto, economicamente ativo, desempregado na família, família cujo arrimo único é uma mulher trabalhadora ou um aposentado, presença de familiares com deficiência física ou mental e algum dos familiares em tratamento hospitalar).

2.1.7.5.2 critérios de risco individual

Para a implantação das atividades preventivas e educativas (coletivas ou individuais) e atividades curativas, considerando também o princípio da eqüidade, os indivíduos serão classificados segundo os critérios especificados a seguir, tanto nas triagens de risco prévias ao tratamento ou nos espaços sociais reconhecidos e cadastrados para grupos de PC. Os indivíduos serão classificados de acordo com o risco para a doença cárie, doença periodontal e lesões de tecidos moles. Os critérios de risco dividem-se, classicamente, em três:

Baixo risco: sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença;
Risco moderado: sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de doença;
Alto risco: com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença.

O indivíduo será sempre classificado pela pior condição que apresentar.

Sabidamente, a população adulta está exposta a maior risco de desenvolver doença periodontal e lesões de tecidos moles, enquanto as crianças apresentam maior risco para a cárie dentária. Assim, para se estabelecer o risco individual para fins de planejamento das ações, pode ser considerado o agravo mais significativo para o grupo populacional a ser examinado e classificado.

Risco de cárie

As pesquisas têm apresentado claramente a diferença entre a doença cárie e suas seqüelas, as cavidades de cárie. A capacidade de diferenciar as lesões ativas das inativas é essencial para diferenciar o indivíduo doente, que deve ser submetido a um tratamento específico para controlar a doença, do indivíduo com seqüelas de uma doença que ocorreu em outro momento. Os indivíduos serão classificados por risco, segundo a situação individual, conforme ilustra o quadro a seguir:

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	**A**	Ausência de lesão de cárie e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	**B**	História de dente restaurado e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica e/ou sem mancha branca ativa
Alto risco	**D**	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

Quadro 2.1 - Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual

Risco periodontal

Tomando por base o índice de Russell modificado, examinam-se e classificam-se apenas os dentes-índice para cada sextante (elementos 14, 11, 26, 46, 31 e 34) ou, na ausência do elemento índice, o adjacente no mesmo sextante.
O índice leva em conta a unidade dente e atribui, a cada dente-índice, um código, conforme os sinais de doença periodontal presentes.

Classificação	Código	Critérios
Baixo risco	**0**	Elemento com periodonto sadio
	X	Ausência de dentes no sextante
Risco moderado	***1***	Elemento com gengivite
	2	Elemento com cálculo supra-gengival
	B	Seqüela de doença periodontal anterior
Alto risco	***6***	Elemento com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

Quadro 2.2 - Classificação do sextante segundo critérios de risco para doença periodontal

Critérios de risco para tecidos moles

A observação dos tecidos moles, no momento da triagem, obedece a classificação apresentada no quadro a seguir.

Classificação	Código	Critérios
Baixo risco	**0**	Tecidos moles sadios
Risco moderado	**1**	Alterações não contempladas no Código 2
Alto risco	**2**	Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

Quadro 2.3 - Classificação do indivíduo segundo critérios de risco para tecidos moles

Uma vez feita triagem, a prioridade para tratamento é dada para os indivíduos e grupos de alto risco, sem deixar de lado os demais, que deverão ser incluídos em ações coletivas até que possam também receber o tratamento individual necessário. Estabelecidos os grupos de risco, as ações básicas de tratamento individual serão planejadas de acordo com a realidade e organizadas a partir das necessidades encontradas, das maiores e mais graves para as menores e de menor gravidade. Para todos os grupos, a participação em atividades educativas e em escovação supervisionada para controlar melhor a placa bacteriana está indicada, conforme ilustra o quadro 4.

AÇÃO	RISCO													
	CÁRIE						PERIODONTAL					TEC MOLES		
	B	M		A			B	M		A		B	M	A
	A	B	C	D	E	F	0/ X	1/ 2	B	6	8	0	1	2
Educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Escovação supervisionada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplic tóp flúor anual		X	X											
Aplic tóp flúor seriada				X	X	X								
Prioridade 1 p/ tratamento						X					X			X
Prioridade 2 p/ tratamento					X					X			X	
Prioridade 3 p/ tratamento				X				X	X					
Retorno anual	X	X	X				X		X			X		

LEGENDA: B (baixo risco); M (risco moderado); A (alto risco)

Quadro 2.4 - Ações de saúde bucal, conforme grupo de risco

2.1.7.6 princípios para agendamento

40% das vagas nas UBS devem ser destinadas às crianças de 0 a 14 anos. As demais vagas devem ser distribuídas aos maiores de 14 anos, levando-se em conta algumas prioridades como o controle ou a manutenção dos usuários que tiveram seu tratamento concluído até os 15 anos, os idosos, os pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensos, portadores de HIV e outros encaminhados pela equipe multiprofissional ou aqueles identificados nas atividades grupais da própria unidade, lembrando, não obstante, a garantia constitucional de universalidade do acesso às ações e serviços de saúde. As gestantes deverão ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizar tratamento odontológico durante a gestação e puerpério. Os idosos devem ter suas vagas asseguradas, tendo em vista a legislação específica que protege este grupo, muitas vezes alijado dos serviços de saúde. Os usuários atendidos como urgências também poderão ser agendados para tratamento, conforme os critérios de risco e organização da unidade de saúde.

No PSF, cada equipe é responsável por uma área geográfica e por toda a população nela residente. Após o treinamento de ACS, estes poderão também ser envolvidos no encaminhamento de pacientes, conforme os critérios de risco já apontados. Em uma UBS onde não haja PSF, a delimitação da área geográfica de residência (ou trabalho) do indivíduo pode ser uma referência para a definição de vagas, porém não pode ser desprezado o vínculo que já foi criado entre os indivíduos, a unidade de saúde e sua equipe.

O número de indivíduos agendados dependerá da composição da equipe de Saúde Bucal. Em qualquer período, as faltas correspondentes ao agendamento

deverão ser substituídas pela procura do dia ou urgências. Em unidades com número elevado de faltosos, poderão ser agendadas uma ou duas consultas a mais para garantir a plena utilização do equipamento e o rendimento da equipe**.** O agendamento deve ser efetuado por hora marcada. Os casos caracterizados como urgência pelo profissional do período serão prioritários e deverão ser atendidos ou encaminhados de acordo com a disponibilidade de recursos da unidade.

2.1.7.7 parâmetros de atendimento individual

Em relação às ações assistenciais devem ser considerados os seguintes parâmetros:

- ações básicas: 2,5 a 2,6 procedimentos individuais/habitante/ano
- ações especializadas: 0,2 a 0,4 procedimentos especializados/habitante/ano
- procedimentos de urgência: 0,004 procedimentos/habitante/ano
- primeira consulta odontológica: 0,5 a 0,8 primeira consulta/habitante/ano

Além disso, deve ser lembrado, quanto aos parâmetros propostos, que “o número de procedimentos realizados é mais importante do que o número de pacientes atendidos. Esse sistema de atendimento, além de buscar uma racionalização do trabalho, permite que o mesmo se efetue com menor esforço físico, por parte da ESB, com mais qualidade e com menor custo, tanto para o usuário, como para a instituição. Outrossim, há que se considerar que o número de consultas e o rendimento dependem das necessidades de tratamento acumuladas na população alvo.

Categoria profissional	Nº de atendimentos /dia	Procedimentos/ paciente	Procedimentos/ dia	Procedimentos/ hora
1 CD	4	2,5	10	2,5
1 CD + 1 ACD	4	3,75	15	3,75
	5	3	15	3,75
1 CD + 1 THD + 1 ACD	5	4	20	5
1 CD + 1 THD + 2 ACD	6	4	24	6
1 CD + 2 THD + 4 ACD	6	6	36	9
	8	4,5	36	9

Obs (1) Para o cálculo de produtividade mensal, a média é de 22 dias úteis por mês, excluindo-se o tempo destinado às ações educativas, PC, reuniões e ou educação continuada dos profissionais. (2) Para CD de 40 horas semanais, considerar em média ampliação de 80 a 90% dos procedimentos propostos acima

Quadro 2.5 - Parâmetros de atendimento, segundo recursos humanos disponíveis e número de atendimentos por dia

2.1.7.8 avaliação e sistemas de informação

O sistema de informação e os seus respectivos instrumentos (fichas, cadastros, boletins, equipamentos), devem complementar as ações e serviços de Saúde Bucal tornando viável a avaliação permanente dessas atividades. Os profissionais da área de Saúde Bucal devem se valer de informações gerais sobre os usuários e as famílias, a fim de planejar e organizar seu trabalho, assim como os demais profissionais precisam conhecer e utilizar informações de saúde bucal. Em conjunto, todos os envolvidos nas unidades de saúde devem criar e desenvolver práticas de saúde que permitam o compartilhamento de informações sobre o trabalho com as famílias. Dados e informações atualizadas sobre cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, lesões lábio palatinas, câncer bucal, fluorose dentária e uso e necessidade de prótese devem ser produzidos periodicamente, de modo a monitorar o perfil epidemiológico bucal da população-alvo e tomar decisões com base nesse perfil. É importante que os profissionais da ESB conheçam o

sistema de informações e a importância do preenchimento adequado das fichas para desencadear o processo de avaliação das ações desenvolvidas.

2.1.7.9 humanização do atendimento, acolhimento do paciente e estabelecimento de vínculo

A ESB, independente do tipo de unidade de trabalho, deve reconhecer o direito que o usuário tem a um atendimento integral e que suas necessidades precisam ser acolhidas, atendidas no que for possível nesse nível de atenção e encaminhadas devidamente, estabelecendo-se o vínculo entre paciente e serviço/profissionais da Saúde Bucal. Acolher a pessoa que procura a unidade, ouvir sua queixa, atendendo, orientando, encaminhando, informando-a sobre seus direitos é um dos aspectos mais importantes do serviço de saúde. Nesse sentido, mesmo em uma unidade onde não esteja implantado o PSF, a busca de ações domiciliares para pacientes acamados deve ser uma estratégia a ser adotada, bem como a capacitação dos cuidadores em relação à saúde bucal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

2.2 Dimensão Ética

Nesta segunda parte o autor apresenta alguns trabalhos no intuito de mostrar a complexidade dos aspectos éticos envolvidos na relação entre os serviços e usuários. Estes aspectos relacionais estão presentes no cotidiano do programa e compõem a sua dimensão ética.

Para Gaudenzi (2004), os princípios morais vem norteando as ações humanas ao longo dos tempos, no intuito da garantia da vida imediata e da viabilidade da vida futura. Para ele, a Ética se ocupa da moralidade e estuda os princípios fundamentais e sistemas morais. É a parte da filosofia que considera os atos humanos enquanto atos bons e maus. Uma ação é boa ou má porque a sociedade convenciona, assim como a religião determina se um comportamento é virtuoso ou pecaminoso, e o direito, se um ato é legal ou ilegal. Por outro lado refere o autor, existem limites para o enfrentamento destes problemas éticos na sociedade moderna, pois segundo ele o homem procura apenas coisas e práticas de prazeres imediatos que beneficiam a si próprio; a atividade intelectual só é valorizada quando aplicada com o objetivo de lucro; e, a compulsão do homem contemporâneo pela tecnologia e automatismo faz com que desconsidere o tempo para a reflexão. Os conflitos no ambiente de trabalho tornam-se então inevitáveis, tendo em vista a complexidade do ser humano, as diferentes personalidades, aspirações e frustrações. Isso pode ser uma possível origem de problemas éticos nas sociedades modernas.

Em relação aos profissionais da saúde, estes elementos incidem de forma muito intensa e seus pacientes também trazem à relação interesses, valores, direitos e deveres. O profissional não pode se referir apenas aos códigos de ética das categorias ou a outras formalidades para respeitar o cidadão. Deve ir além dos códigos formais, ou seja, num código próprio da sua consciência moral, ao fazer o melhor uso possível da sua liberdade. O autor pressupõe que a dor, o sentimento de perda, podem ser elementos motivadores para o senso de responsabilidade no trato com o outro. Coloca que a maioria das atividades profissionais da área de saúde tem melhor desempenho no trabalho em grupo, porém, um grupo é sadio quando

mantém sua identidade grupal, tem flexibilidade quanto as opiniões individuais, não cristaliza funções e papéis, e permite que todos exerçam e assumam aspectos existentes em si mesmos. Afirma que para alcançar este patamar de integração é necessário assumir um compromisso ético, humanístico e social com o trabalho em saúde. Entretanto os dilemas éticos tendem a aumentar com o desenvolvimento tecnológico, o avanço da ciência e com a globalização da informação.

As reflexões sobre a ética e os profissionais de saúde na atualidade evidenciam a importância da incorporação, na formação prática de saúde, do aprimoramento constante dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial, pois esta não pode ocupar-se de seres humanos como se não o fossem.

Segundo Luis (2005), a idéia de eqüidade em saúde, tem, em sua dimensão ética e moral, a saúde como um valor positivo, considerando o direito à saúde enquanto direito social, construído ao longo da história humana. A ética trata do terreno dos valores, da distinção entre bem e mal, certo e errado. A saúde é um direito social não vinculado apenas à possibilidade individual de compra da assistência, mas à atividade prestadora por parte do Estado e mais do que isso, configura-se como o direito a não adoecer, requerendo a atitude antecipada de serviços que garantam a salubridade pública. A emergência dos direitos sociais, segundo o autor, està inicialmente articulada a um segmento da sociedade, todavia a afirmação desses direitos ocorre pelo argumento da universalidade, conformando assim, uma concepção moral inquestionável.

Dos aspectos da operacionalidade da idéia de eqüidade que podem ter um delineamento inicial, um deles refere-se à atitude do profissional reconhecendo o direito à saúde como uma conquista histórica, diante de um usuário do serviço público, e isso implica no reconhecimento da titularidade do cidadão. Nessa lógica, a

assistência não se configura em um favor ou em um ato de caridade profissional. Porém, esta nova postura tráz um desafio para a formação em todas as suas fases, da graduação à educação permanente. Formar profissionais que saibam reconhecer os direitos universais e pautem sua prática por eles, para além de uma boa técnica, fazendo prevalecer o direito de escolha e auto-determinação de todos os indivíduos.

Os serviços de saúde passam por um período de grandes transformações, segundo Campos (2004), ocorrendo em alta velocidade, provocando a desestabilização de conceitos e valores. Para o autor, a afetividade é parte dos recursos que possuímos e relaciona-se fortemente com os comportamentos que visam o bem estar do paciente e o relacionamento entre os diferentes níveis (profissional/usuário, serviço/usuário). Tais comportamentos são importantes na medida em que trazem benefícios ao relacionamento. O autor também ressalta que a consciência social, o humanismo, a ética, a prevenção e a cidadania são aspectos que deveriam estar envolvidos na formação do profissional para favorecer a criação de uma consciência que não permita que os valores ético-morais e bioéticos sejam substituídos por outros valores. Na visão do autor, um profissional apenas com habilidades cognitivas e psicomotoras desenvolvidas adequadamente não entenderá a necessidade real do paciente.

Francesconi e Goldim (2005), relatam que a maioria das sociedades onde a medicina é exercida, tem se preocupado em definir a competência médica com diferentes habilidades para resolver as complexas situações clínicas. Segundo os autores, para que o médico seja reconhecido nos dias atuais como competente, deve ter conhecimento além dos tradicionais aprendidos na escola. Exige-se hoje que seja eticamente competente, ou seja, familiarizado com os princípios da ética e capaz de aplicá-los na hora resolver conflitos de ordem moral.

Os autores discutem os modelos de relação profissionais-pacientes que atualmente são empregados.

Relação Médico-Paciente

O modelo mais tradicional ao longo do tempo é o Modelo Hipocrático, também chamado de conseqüencialista ou sacerdotal, onde os profissionais se preocupam com a conseqüência do seu ato profissional (fazer o bem). Com postura paternalista em relação ao paciente. Em nome da Beneficência, o médico toma a decisão não levando em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente. O médico exerce sua autoridade e o poder na relação com o paciente. O envolvimento no processo de tomada de decisão é pequeno e não contempla a valorização da vontade do paciente pois parte do pressuposto que o profissional da saúde sempre age visando o bem do paciente.

Modelo Científico ou “Engenheiro”: o profissional da saúde apresenta os fatos aos pacientes e eles tomam a melhor decisão segundo os seus valores. O profissional da saúde tem, nesse modelo, uma postura de neutralidade e acata qualquer que seja a decisão do paciente. O processo de tomada de decisão também é de baixo envolvimento, caracterizado pela acomodação do médico. O paciente é visto como um cliente que demanda uma prestação de serviços médicos.

Modelo Deontológico ou Centrado no Paciente: o paciente é respeitado em sua vontade mas parte de alguns pressupostos extremamente importantes: só poderá tomar uma decisão adequada se estiver em pleno uso de sua capacidade; os

profissionais da saúde devem oferecer todas as informações necessárias para auxiliar a sua tomada de decisão; não pode haver nenhum tipo de coação, pelos profissionais da saúde; as vontades dos pacientes devem ser respeitadas mesmo que elas tragam algum malefício ao seu bem-estar físico.

É essencial nesse modelo o uso do consentimento informado escrito para a realização de qualquer procedimento invasivo.

Modelo Negócio: os profissionais da saúde negociam com seus pacientes um determinado “produto” estabelecendo preços e condições do negócio. Os aspectos éticos envolvidos são os de um prestador de serviço e seu cliente, aplicando-se princípios de códigos de consumidores.

Modelo Contratualista: Estabelece a preservação da autoridade profissional, como detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente participa ativamente no processo de tomada de decisões, exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. A negociação entre as partes é muito valorizada neste modelo. O processo ocorre em um clima de efetiva troca de informações e a tomada de decisão pode ser de médio ou alto envolvimento, tendo por base o compromisso estabelecido entre as partes envolvidas.

Modelo Interpretativo: os profissionais de saúde tentam elucidar os valores dos pacientes e tentam fazer com que eles escolham a decisão que melhor coincida com estes valores. O profissional da saúde age como conselheiro, sempre levando em conta os valores dos pacientes.

Modelo Deliberativo: Contempla um envolvimento mais profundo na relação entre as partes. Favorece para que o paciente tome suas decisões baseadas em informações completas e corretas. O profissional da saúde tenta entender os valores que os levam a tomar estas decisões. O paciente pode ser persuadido a seguir um determinado caminho mas jamais poderá ser coagido a tal. Os profissionais devem agir como professor ou mesmo amigo, procurando através do diálogo com seu paciente encontrar o melhor caminho a ser seguido.

Modelo Beneficente ou da Virtude: procura o equilíbrio ideal entre a busca do bem e o respeito à autonomia do paciente. Defende a idéia que a benevolência (desejar o bem) é mais importante do que a beneficência (fazer o bem) porquanto a primeira traz implícito um traço de caráter do agente em procurar fazer o bem por motivação interna. A segunda assume que o agente fará o bem, em algumas circunstâncias não porque este conceito seja representativo de seus valores mas, sim, porque ele pode, por exemplo, imaginar que está sendo controlado externamente e que se fizer algo que não seja o bem, ele poderá ser punido pelo seu ato.

Modelo Reducionista Biológico: profissionais resumem sua atenção aos pacientes simplesmente a orientações de natureza orgânica e não se envolvem com os seus valores. Agem, por exemplo, limitando-se a prescrever drogas, enquanto outro colega assume os cuidados clínicos dos pacientes ou fazendo aconselhamento, por exemplo, em casos de atenção a problemas genéticos.

Confidencialidade e Privacidade

Segundo os autores, as informações que os pacientes fornecem, quando de seu atendimento, assim como os resultados de exames e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou terapêutica, são de sua propriedade. A garantia da preservação das informações, além de uma obrigação legal contida no Código Penal, no Código Civil e na maioria dos Códigos de Ética Profissional, é um dever de todos os profissionais e também das instituições. Destacam, os autores, diferentes formas de romper com a preservação das informações: pode ocorrer por exemplo, quando os profissionais de saúde realizam comentários sobre pacientes em elevadores, corredores, em cantinas ou refeitórios. Também pode ocorrer quando utilizam dados para exemplificar situações clínicas ou administrativas. Nas atividades de pesquisa, deve ser resguardada e permitida apenas para projetos que tenham sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Para Amorim e Souza (2007), os problemas éticos fazem parte da rotina na prática da odontologia podendo envolver aspectos referentes ao paciente, ao serviço, ao relacionamento interprofissional e com a sociedade como um todo. Na maioria das vezes o profissional não está preparado para resolver estes conflitos.

O tecnicismo mantido pelo ensino odontológico dificulta ainda mais a resolução desses conflitos. A fragmentação do conhecimento odontológico dificulta a percepção do ser humano integral. A consequência dessa fragmentação é o predomínio do modelo centrado no dentista.

Lembram os autores, que a falta de uma política de saúde bucal comprometida no setor público ao longo dos anos, deixou como legado uma assistência ineficaz, ineficiente e com enfoque cirúrgico-mutilador. Reforçam ainda que o excesso de

profissionais no mercado de trabalho, leva a uma concorrência por pacientes que os fazem desconsiderar as questões éticas. A formação ética do profissional, que não possibilita reflexões críticas de suas práticas, se reforça pela fragmentação do conhecimento, causando um distanciamento da compreensão mais ampliada do processo saúde-doença. Finalizam realçando a importância da incorporação no cotidiano de trabalho do setor público de saúde, de processos educativos que facilitem a reestruturação das práticas profissionais a partir das necessidades de saúde da população. Propõem também a substituição do modelo hegemônico, dente-centrado, pela adoção do cuidado em saúde bucal, do qual deriva uma nova prática mais conectada com as dimensões da subjetividade humana.

2.3 Avaliação da atenção básica

De acordo com a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.450-51),

> A avaliação em saúde pode se configurar num instrumento central para implementação da universalidade e eqüidade dos serviços de saúde, principalmente se aquilatada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente se tal prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS.
>
> O ato de avaliar, mesmo se caracterizando como uma apreciação ou interpretação que envolve poder, pode ser construído coletivamente, assentado em compromissos públicos pactuados dinamicamente. Assim, a participação ativa de estados, municípios e usuários em momentos avaliativos, além de democratizar relações de poderes, propicia compromissos que podem viabilizar mudanças, uma vez que as responsabilidades passam a ser partilhadas na esfera pública de decisões.
>
> Nesses termos, as instâncias de discussão e negociações do SUS, consubstanciados nas Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites, vêm se caracterizando como o cenário adequado para as pactuações referentes à política de saúde do Brasil. A intenção é a de aprimorar, de forma permanente e processual, os espaços de gestão democrática do SUS, fortalecendo a avaliação no âmbito da Atenção Básica.
>
> A concepção de Atenção Básica pauta-se na integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde do Brasil.

Desenvolve-se por meio de processos de trabalho em equipe interdisciplinares, democráticos e participativos, com utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Seu objeto de trabalho é considerado na dimensão coletiva e na singularidade do sujeito, tendo por finalidade a resolubilidade dos problemas de saúde da população mais freqüentes e relevantes.

Avaliar a atenção em saúde é um processo complexo que envolve compreensão de conjuntura apurada e percepção crítica de como as práticas e serviços de saúde se inserem no contexto que se pretende analisar. Entender a avaliação como "complexa" não significa necessariamente dizer que seja complicada, uma vez que a finalidade maior das técnicas e instrumentos empregados no processo de avaliação é tentar realizar sínteses que direcionem ações e proposições.

Mesmo a avaliação sendo desenvolvida na esfera da burocracia pública e não propriamente no ambiente acadêmico, a discussão sobre concepção de realidade é pertinente, uma vez que direciona práticas, métodos, abordagens, argumentações e conclusões. Afinal, teoria e prática são parte de um mesmo fenômeno, não sendo mais possível sustentar dicotomias ou paradigmas cartesianos que se contraponham aos princípios do SUS.

A compreensão da atenção básica em saúde como processo complexo, inserido numa realidade social dinâmica, não-linear, permeada por contrários e correlações de forças, influencia concepções e proposições avaliativas. Assim considerado, entende-se que a avaliação é um procedimento crítico-reflexivo, contínuo e sistemático desenvolvido sobre as práticas e processos de trabalho dos serviços de saúde. Como formalização, capta parcialmente a realidade, uma vez que, sendo método, afere apenas o que se explicita com maior freqüência e relevância interpretativa no contexto estudado.

Outro ponto a se considerar é que o foco da avaliação, ou objeto, é sempre "construído" ou "delimitado" pelos sujeitos envolvidos no ato de avaliar. Ou seja, os "fatos" não estão dados ou "evidentes" na natureza, mas são delimitados a partir de distintas interpretações da realidade. Acredita-se que esta objetivação da realidade, por mais metodologicamente fundamentada que esteja, sempre será um recorte, jamais o todo.

Assumindo tais pressupostos como referência epistemológica, pode-se conceituar avaliação como um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré-delimitados (ou construídos) - inserido numa realidade complexa, não-linear, permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise - que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico.

Longe de quaisquer dicotomias mais restritivas, cabe considerar o monitoramento como face dialética complementar aos processos avaliativos. A avaliação de cenários e perspectivas em saúde pressupõe a constante vigilância e acompanhamento de seus indicadores, traduzindo-se em ações rotineiras, planejadas e sistematizadas a partir da realidade que se pretende analisar para modificar. Nesses termos, é preciso monitorar cotidianamente as situações para melhor avaliá-las na amplitude requerida, entendendo tal monitoramento como parte e momento dinâmico das próprias ações avaliativas em curso.

Sala, Nemes e Cohen (1998, p. 742) lembram que

as unidades de atenção primária à saúde respondem atualmente por um grande número de consultas médicas e outros procedimentos assistenciais, representando uma importante porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil. A esse papel assistencial, articulam-se ainda demandas

> sanitárias, como a vigilância e controle de doenças, bem como riscos de adoecimento, além da educação em saúde. Constituem, portanto, uma forma tecnologicamente específica de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Considerando que avaliar e monitorar o desempenho desses serviços é hoje uma importante necessidade para as proposições que buscam aprimorar a qualidade da atenção à saúde, os autores oferecem, para a discussão e a necessária adaptação às especificidades locais, uma abordagem avaliatória viável para algumas questões médico-sanitárias bastante comuns na atenção primária à saúde, contribuindo para potencializar o necessário envolvimento dos gerentes e agentes diretos do trabalho com as questões da qualidade.

Sendo assim, percorrem os seguintes objetivos:

1. contribuir para o desenvolvimento de metodologias internas e rotineiras de avaliação e monitoramento do trabalho assistencial, apropriadas às principais características tecnológicas dos programas de atenção primária;
2. propor categorias orientadoras para a avaliação e o monitoramento do processo de trabalho em programas de atenção primária[1].

No que concerne à abordagem avaliatória, os autores destacam que

> Os estudos sobre avaliação de práticas ambulatoriais admitem a presença de muitos problemas metodológicos, como, por exemplo, a difícil caracterização dos episódios de doença, grande volume de queixas mal definidas e presença importante de condições crônicas [...]. A essas dificuldades, agregam-se, na atenção primária, algumas outras, decorrentes de suas especificidades tecnológicas. Destaque-se, principalmente, a complexidade da assistência prestada na qual devem articular-se finalidades diversas, como a atenção à demanda espontânea e às condições epidemiologicamente importantes, ou ainda, à boa qualidade do cuidado técnico e à cobertura adequada da população adscrita [...].
>
> De fato, a maioria dos estudos de enfoque mais teórico, no campo da avaliação em serviços de saúde, admite várias ordens de dificuldade para os processos avaliatórios, sobretudo em serviços complexos de saúde nos quais estão articulados e hierarquizados diferentes processos de trabalho [...]. Essa rede complexa de trabalho freqüentemente funciona como uma 'caixa-preta', que pode prejudicar a validade e a utilidade da avaliação. Abrir [essa] caixa preta [...], iluminando a interação entre os componentes do trabalho, é uma necessidade que vem sendo crescentemente aceita no campo [...][2].

E adotam, como perspectiva geral para a definição dessa abordagem, a assim denominada *theory-driven evaluation (*avaliação orientada por teoria) - nascida da linha de avaliação de programas sociais -, segundo a qual as avaliações

---

[1] Sala, Nemes e Cohen, 1998, p. 742.

[2] Id. Ibid. Loc. cit.

devem considerar as características específicas dos programas e seus valores associados, mediante uma teorização prévia acerca de suas proposições.

> As proposições tecnológicas para a atenção primária baseadas no projeto da Ação Programática em Saúde [...] indicam, nessa linha, a constituição de práticas de avaliação orientadas a partir do processo de trabalho em saúde [...].
>
> Nessa perspectiva conceitual, a aproximação intelectiva realizada pela avaliação dá-se pela análise dos vários momentos do processo de trabalho, a saber:
>
> 1 Apreensão do objeto de trabalho considera quais questões o conjunto das atividades realmente toma como relevantes, para exercer aí sua intervenção, contrapondo-se às proposições formais que deveriam orientar o conjunto do trabalho ao que, efetivamente, recortou-se como objeto.
>
> 2 Ação dos agentes do trabalho considera o desempenho dos agentes em relação aos conteúdos previstos para seus postos de trabalho e sua compreensão acerca das dimensões parcelares e da dimensão coletiva do trabalho.
>
> 3 Instrumentos do trabalho considera a utilização e adequação dos mesmos aos objetos e objetivos propostos para o trabalho, sua relação com a ação dos agentes e seu papel na interação serviço-usuário.
>
> 4 Produtos do trabalho considera, primeiramente, os resultados atribuíveis às ações e apreensíveis nos indivíduos usuários e na população-alvo; depois, a interação estabelecida entre serviço e usuário; por fim, a constituição e reconstituição das demandas em saúde referidas aos usuários e à população. Assinale-se que tais demandas são, permanentemente, repostas como novas expectativas ao trabalho ao mesmo tempo em que demandas anteriores estão sendo satisfeitas. É claro que o trabalho, ao satisfazer demandas, age segundo seus próprios termos e não apenas nos termos da demanda constituída. Gera-se, assim, uma dupla mão na constituição dessas demandas: uma a partir da própria dinâmica social, que determina não só a distribuição e o consumo de serviços de saúde, mas também as concepções sobre o adoecer; outra, a partir da organização do trabalho, que satisfaz demandas e necessidades segundo seus próprios termos [...].
>
> É evidente a superposição e interdependência desses quatro momentos. Pode-se, por exemplo, pensar as concepções dos agentes acerca das demandas dos usuários simultaneamente como instrumento e produto do trabalho. Isso obriga a avaliação a dar conta desse conjunto articulado. Note-se que não se trata, portanto, de avaliar tal ou qual atividade, ou mesmo um conjunto de atividades eleitas por sua importância ou por sua representatividade; o objetivo é aproximar-se o mais possível do conjunto do trabalho[3].
>
> O objeto pode ser reconhecido sob diversas perspectivas, a depender do problema que se colocou para a avaliação, em cada momento ou em cada parcela do conjunto das práticas programáticas [...][4].

---

[3] Ibidem, p.742-743.

[4] Ibidem, p.749.

De acordo com a Comissão de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b, p. 9-10),

> há uma pluralidade de conceitos na literatura e na prática de avaliação dos serviços de saúde, sendo necessária a explicitação do lugar que ocupa avaliação e dos pressupostos que a orientam no âmbito do SUS. Constata-se que os processos de avaliação são ainda muito incipientes, não tendo sido incorporados às práticas dos serviços de saúde. Quando ocorrem, não resultam, de fato, de processos de negociação, adotando um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e gestão. Não se constituindo, ainda, em instrumento de suporte ao processo decisório nem de formação dos sujeitos que, em tese, deveriam estar envolvidos (profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde).
>
> Especificamente no que se refere à (avaliação da) atenção básica, ressalta-se a dificuldade de conduzir / implementar processos de avaliação, tendo em vista: a) a distância que separa a concepção que constitui a imagem-objetivo da atenção básica e o que vem sendo exercido na prática dos serviços de saúde e b) a necessidade de que a avaliação possibilite a percepção de mudanças na perspectiva de reorganização do sistema e reorientação das práticas de saúde.
>
> A seguinte formulação de avaliação sistematiza o consenso do grupo em torno do conjunto de proposições levantadas na discussão:
>
> A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.
>
> O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzí-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos.
>
> A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde.
>
> Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático. Deve-se ter o cuidado de, ao recortar o objeto, não reduzí-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expresse toda a riqueza das diversidades regionais e locais e os novos valores que vêm sendo incorporados ao SUS.
>
> A pergunta orientadora da avaliação da atenção básica é se ela cumpre, e em quanto cumpre, a sua função, devendo-se proceder a uma análise de que fatores estão obstaculizando e que medidas são necessárias para superação das dificuldades observadas.

2.4 Avaliação de programas e serviços

Na opinião de Nemes et al. (2004, p. 312-313),

> o plano discursivo de um programa traz, para o trabalho concreto, proposições éticas e técnicas que conformam o objeto de trabalho (mediante a assunção de valores e de finalidades técnicas) e os instrumentos de trabalho (mediante o estabelecimento de normas gerais de operação e de julgamento do trabalho). Na operação do trabalho, esses valores e normas são reconstruídos nas práticas assistenciais concretas. Quanto mais coerente for a ação assistencial operada nos serviços com o plano propositivo do programa, melhor será sua qualidade. Em outros termos, o trabalho de boa qualidade é o que objetiva em tecnologias, os valores e normas do plano propositivo do programa [...]. Essa objetivação pode ser avaliada nos vários momentos analíticos do trabalho, desde seu desenho operativo geral até o momento do encontro propriamente prático entre o agente do trabalho e o sujeito-alvo de sua ação. Esses momentos podem, então, ser avaliados segundo os critérios [...]:
>
> - Clareza na priorização: capacidade de operacionalizar, em objetos para o trabalho, as finalidades eleitas no plano discursivo do programa, ou seja, eleger adequadamente os alvos das ações. Refere-se às grandes finalidades do processo de trabalho, desde o pólo individual, como, por exemplo, a cura clínica até o pólo coletivo, como, por exemplo, o controle da transmissão de doenças.
> - Acessibilidade dos alvos: capacidade do trabalho de operacionalizar um conjunto de instrumentos coerentes com os objetos do trabalho, ou seja, organizar conjuntos tecnológicos que acessem adequadamente os alvos. Refere-se às etapas do processo assistencial, desde a captação e recepção de usuários até o momento final da assistência, e pode ser representado pelo desenho geral do fluxograma assistencial.
> - Especificidade na apreensão e manipulação dos objetos: capacidade dos instrumentos de trabalho de operarem específicas normatividades, ou seja, operarem mediante saberes coerentes com as características dos objetos e com a diversidade dos alvos. Refere-se ao conteúdo das diferentes atividades profissionais como, por exemplo, das abordagens clínicas e psicológicas ou das diferentes atividades propostas pelo programa, projetadas de modo a atender às especificidades de um mesmo objeto.
> - Acoplamento amarrado de atividades: capacidade de articular de modo coerente e sinérgico os diferentes instrumentos de trabalho, ou seja, operar articuladamente as diversas abordagens dos alvos do trabalho. Refere-se à operação simultânea e integrada das diferentes atividades profissionais que compõem o programa.
> - Coerência dos padrões de julgamento e avaliação: refere-se à coerência do julgamento com o objeto do trabalho priorizado, ou seja, operar com normas de ação profissional coerentes com a apreensão do objeto do trabalho. Refere-se ao plano do dever ser dos agentes e do foco e objetivo das avaliações realizadas na execução do trabalho.
> - Compreensão, aceitação e adesão dos agentes: capacidade dos agentes de operarem as normas éticas e técnicas do trabalho como reguladoras da autonomia técnica na ação profissional concreta. Refere-se ao exercício concreto e autônomo das ações de cada profissional.
> - Efetividade comunicacional dos encontros assistenciais: capacidade dos diversos tipos de encontro assistencial de dialogarem com cada um

> dos indivíduos ou grupos alvos das ações, ou seja, tomarem a normatividade dos indivíduos e grupos como orientadora da ação técnica. Refere-se ao momento final do trabalho, o encontro com o usuário.
>
> Com isso, [os autores buscam] orientar a construção de indicadores e padrões de avaliação baseados na *teoria do programa* [...].

Deslandes (1997, p. 104) discute,

> em nível introdutório, sobre campos teóricos pouco explorados pela área de "avaliação de serviços", tais como as propostas "compreensivas" e "dialéticas" que, também a nosso entender, podem constituir importante eixo de orientação às avaliações de serviços de saúde. Neste sentido, o texto tem como objetivo fundamental propor algumas bases para uma metodologia qualitativa de avaliação de programas e serviços que venha contribuir e complementar as propostas já consagradas de avaliação neste campo [grifos da autora].

Segundo a autora[5],

> a avaliação de programas e serviços se faz presente em várias áreas: Educação, Administração, Economia, Serviço Social e Saúde Pública. Em cada campo temático em que se insere, o escopo da avaliação ganha contornos próprios que se materializam sob a forma de conceitos específicos, indicadores e técnicas apropriadas de aplicação.
>
> A avaliação de serviços também se caracteriza por lançar mão de teorias e metodologias diversas, sobretudo aquelas oriundas das Ciências Sociais. Contudo, a avaliação de serviços, em sua prática institucional, retifica sua dimensão técnica e de operatividade de tal forma que, apesar de serem etapas fundamentais, obscurecem a discussão teórico-metodológica sobre o assunto. Este movimento não deixa de causar um certo empobrecimento e dogmatismo, pois reduz um amplo campo de produção de conhecimento à sua instância técnica. Este reducionismo se torna criticável, uma vez que o conhecimento da pesquisa avaliativa tem a peculiaridade de ser estratégico e viabilizador de uma práxis social. Agindo assim, mistificam a técnica, revestindo-a de uma objetividade que se pretende indiscutível. Desta maneira, é desfocada a vinculação da dimensão técnica com as escolhas teóricas e metodológicas que as embasam e as precedem. É esquecida a máxima epistemológica de que qualquer técnica é uma teoria em ato.
>
> No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Entretanto, também aí se verifica a vivência das questões acima descritas.
>
> [...]
>
> A avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada. Este campo de conhecimento denominado "avaliação de serviços", apesar de dispor de várias linhas de pesquisa [...], tem suas matrizes teóricas oriundas de outras áreas do conhecimento [...], não possuindo métodos e técnicas próprios [...].

---

[5] Deslandes, 1997. p.104.

> [...]
> As concepções mais atuais de avaliação incorporam ao conceito de serviço de saúde a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado. Nesta perspectiva, o serviço é pensado como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cuja direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas [...].
> [...]
> É possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com presteza a efetividade de determinado serviço ou programa.
>
> O estudo das representações sociais em saúde e da antropologia médica vieram mostrar que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam. Assim, o sucesso ou não de determinado serviço ou programa estaria também ligado à correspondência a determinados valores, ideologias, posições de classe, *status*, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. A avaliação, portanto, deveria levar em conta a análise crítica de se determinado serviço se coadunaria ou não aos valores culturais e expectativas dos vários atores sociais envolvidos, assim como às suas realidades sócio-econômicas [...].
> Um exemplo conhecido nesta linha de abordagem é o método RAP (*Rapid Assessment Procedures*). O RAP consiste numa proposta de método rápido de estudo e avaliação de programas que foi desenvolvido na década de 80, já tendo sido testado [em vários países]. Trata-se, na realidade, de uma simplificação do método antropológico, aplicando-o aos problemas, ações e programas de saúde. A premissa básica do RAP é de que cada ação de saúde deve ser instaurada ou organizada contemplando as distintas expectativas sociais que giram ao seu redor. O método fundamenta-se na premissa de que é preciso articular informações estatísticas sobre determinada demanda de ação em saúde com o significado destes fatos para os sujeitos sociais que os vivenciam (comunidade, grupos e profissionais de saúde)[6].

Prosseguindo, a autora pondera que o principal problema do RAP é a redução do método antropológico à aplicação de técnicas de pesquisa, dissociando-se as teorias que as fundamentam, e também a sua condução por leigos. “O RAP é uma das propostas desta articulação, ainda pioneira, do campo de avaliação de serviços com as perspectivas compreensivas de análise”[7].

No final dos anos 80, a supremacia dos dados quantitativos como suporte único para a avaliação passou a ser revista. As análises provenientes das Ciências

---

[6] Ibidem, p.104-105.

[7] Ibidem, p.105.

Sociais passam então, a ganhar maior visibilidade a partir do 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, realizado no ano de 1995. “A visão qualitativa vem contribuir ao foro de debates, numa visão de complementaridade e de enriquecimento do arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde”[7].

> Nesta linha, um programa ou serviço é entendido como um processo que possui movimento, uma dinâmica própria. É levada em conta a ação de atores distintos que se aliam e se contrapõem, trata-se de uma busca hermenêutica por compreender antagonismos e consensos. Desta forma, avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço ou programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência.
>
> A perspectiva dialética nos indica que a análise da história destes serviços e projetos, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos devem ser itens contemplados em toda análise avaliativa [...].
>
> A perspectiva compreensiva lança algumas balizas, indicando que os sujeitos sociais estabelecem, ao longo de sua existência social, significados, intencionalidades e teorias explicativas sobre o mundo e as estruturas sociais. Desta forma, o pesquisador, ainda que revestido do método científico, não é o único que produz explicações e análises dos fatos sociais [...]. As análises dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços e programas sobre estas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve também a análise da “consciência histórica” de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em suas práticas[8].

O esforço empreendido por Deslandes (1997) se faz no sentido de traçar as bases preliminares para a operacionalização de uma proposta de metodologia qualitativa de avaliação de serviços, projetos e ações de saúde.

> Segundo a perspectiva dialética, a análise de uma ação institucional não pode prescindir da compreensão das contradições presentes naquela ação, pois incorreria ao erro de negar-lhe seu caráter histórico e dinâmico. Entende-se que o real, (aqui delimitado como as relações sociais em saúde), é móvel, múltiplo, diverso e contraditório. O princípio de identidade dialética é, por definição, uma "unidade das contradições" [...][9].

A autora destaca que a análise dialética,

---

8 Idem. Ibidem. Loco citato.

9 Ibidem, p.105-106.

ao lançar mão do conceito de totalidade, preocupa-se em não se restringir somente à descrição das condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção daquele fenômeno ou processo social, mas analisa as conexões existentes entre os elementos que o determinam[10].

E prossegue em suas postulações[10]:

Afirma-se portanto, enquanto unidade de análise, não o serviço “em si”, mas a "atuação do serviço", que corresponde à rede de relações internas e externas (interação com outros atores sociais), vivências, estruturas e processos que constituem aquela prática institucional. A categoria "atuação do serviço" retém não somente a base empírica das ações (registro de casos, atendimentos, procedimentos efetuados, caracterização da população-alvo e outras atividades), como também contempla as relações que fundam a estrutura do serviço, seus processos e ainda inclui o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre esta ação.

Finalmente, propõe-se, para melhor compreensão da proposta, que a análise seja dividida em etapas. Estas, apesar de constituírem momentos distintos da análise, correspondem a elementos de uma realidade integrada.

A primeira etapa constitui-se na caracterização detalhada do que emerge do conjunto de dados empíricos, como o primeiro nível da atuação do serviço. Em outras palavras, esta etapa busca descrever pormenorizadamente o nível empírico. Neste primeiro momento, a atuação é entendida basicamente como o “atendimento”. Assim, a análise dedica-se a caracterizar o perfil da população atendida e os dados sobre a atuação do serviço. Os principais itens capazes de mapear o mais exaustivamente possível a "atuação" devem ser minuciosamente descritos. Esta primeira etapa já traz indicações das relações mais complexas presentes. Já aponta para as relações estruturais e os processos embutidos nesta "atuação", como também acena para algumas das contradições nela vivenciadas.

Na segunda etapa, busca-se compreender as relações que alicerçam e constituem a atuação daquele serviço ou programa. Estas se relacionam à estrutura do serviço, tais como: organização formal, definição de objetivos organizacionais, estrutura hierárquica, “mecanismos” de auto-preservação (alocação de recursos, recrutamento e treinamento de novos membros). Esta estrutura é fruto da ação dos vários atores sociais envolvidos na atuação e, portanto, é vista como uma ação historicamente condicionada.

Estas relações constituintes e constituídas na atuação do serviço também dizem respeito aos processos vivenciados. Quais processos deveriam ser analisados? A princípio, seria o próprio processo de trabalho, que culmina nas ações realizadas pelo serviço. Outro processo importante para a compreensão da "atuação" é o contexto das interações estabelecidas entre os diversos atores sociais envolvidos nas atividades (agentes, população-alvo, secretarias de governo, outras instituições).

E por fim, lançando mão da perspectiva “compreensiva”, busca perceber as representações articuladas sobre a atuação. Estas representações são testemunhos preciosos dos valores e práticas presentes na ação dos atores sociais, como também indicam os conflitos presentes na atuação.

Na terceira etapa, analisa-se as principais contradições existentes na "atuação". Mas a que tipo de contradições refere-se? Aquelas que correspondem aos hiatos entre o discurso e a prática do serviço sem dúvida devem ser apontadas. Contudo, as contradições estruturais devem ser o alvo da análise, ou seja, aquelas que estão vinculadas aos processos sociais mais amplos e que perpassam a atuação do serviço (políticas públicas de saúde, políticas econômicas, movimentos sociais relacionados).

---

10 Ibidem, p.106.

Sintetizando mais esquematicamente, a metodologia proposta por Deslandes (1997, p.106-107) realiza-se através das seguintes fases:

1 Conhecimento aprofundado da atuação (serviço ou ação) que se pretende analisar. Esta fase, eminentemente descritiva, busca conhecer: os principais objetivos institucionais, os dados estatísticos já produzidos pelo próprio serviço, secretarias e outras instituições de pesquisa, estratégias e dinâmica de atendimento, características da população-alvo, capacidade de cobertura e utilização, recursos utilizados. Enfim, todas as informações disponíveis devem ser pesquisadas. Esta fase, como já dito, além de caracterização também possibilita ao pesquisador a percepção inicial das contradições e antagonismos existentes, assim como o habilita a postular novos problemas à sua investigação.

2 Análise da correlação existente entre o projeto institucional daquele serviço ou ação ao quadro mais amplo das políticas públicas que o justifique ou contextualize. Esta fase busca analisar, em nível estrutural, as racionalidades técnicas e políticas que sustentam o projeto, bem como as contradições que vivencia.

3 Conhecimento empírico da atuação que se avalia. Esta fase é a de trabalho de campo. Busca-se conhecer o dia-a-dia do serviço ou da ação de saúde. Defende o autor, que nada substitui esta experiência na qual o pesquisador terá a oportunidade de observar a ação concreta dos atores envolvidos, os problemas vivenciados, os antagonismos latentes e o relacionamento entre os sujeitos sociais implicados.

4 Análise das representações sociais dos atores sociais (clientela, profissionais do serviço, gerentes, planejadores, serviços de contra-referência ou apoio). Esta fase é um desdobramento da fase anterior. Busca-se compreender os valores, opiniões e “visões de mundo” acerca do serviço/prática que se quer avaliar. Entende que a tarefa de compreensão das expectativas sociais, aspectos culturais e ideológicos dos atores diretamente envolvidos com a prática institucional é crucial para analisar os “nós górdios”, as possibilidades de sucesso e os pontos de (não) adesão e resistência.

5 Análise propriamente dita. Esta etapa de confecção do relatório/diagnóstico encaminha-se na perspectiva da pesquisa estratégica. Isto é, busca-se articular conhecimentos teóricos sobre a temática à qual refere-se a avaliação de problemas empíricos visando propor ações (técnicas/políticas). Outra perspectiva importante é o compromisso de compartilhar um conhecimento produzido com aqueles sujeitos sociais cujas ações e vivências foram objeto de reflexão.

A metodologia que Deslandes (1997, p.107) propõe

> é uma aplicação do método das Ciências Sociais, contudo, o objeto que se avalia (processos e práticas em saúde) situa-se num campo interdisciplinar por definição. A avaliação, portanto, deve ser vista como este desafio de articulação entre as distintas disciplinas que constituem a Saúde Pública. Por outro lado, também demarca um espaço concreto de contribuição do cientista social ao campo da avaliação de serviços e projetos de saúde.

Em discussão sobre as relações existentes entre as práticas e as necessidades de saúde, Silva e Formigli (1994, p.80) propõem uma abordagem calcada em duas vertentes principais.

> A primeira delas consiste na busca dos seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas. A segunda diz respeito à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos.
>
> Nesta última perspectiva, a técnica da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbi-mortalidade em outras tantas circunstâncias.

Ainda de acordo com as autoras, sob o rótulo de "avaliação" reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde o julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, até a chamada pesquisa avaliativa.

> Além disso, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.
>
> O primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Além disso, nos trabalhos onde programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe, freqüentemente, sequer a preocupação, por parte dos autores, com a definição dos termos empregados. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.
>
> Por outro lado, na prática cotidiana dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação[11].

Como componente indispensável do processo de planejamento, citam as autoras,

> a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Tem-se observado, contudo, algumas modificações neste quadro nas últimas décadas. Além dos estudos de avaliação de serviços

---

[11] Silva e Formigli, (1994). p.81.

[...], ou programas [...] e estudos de utilização de serviços [...], têm surgido trabalhos preocupados com a discussão da qualidade e sua operacionalização [...], com a avaliação de processos de descentralização das ações de saúde [...] e da implementação de políticas públicas [...], com o impacto de ações de atenção primária [...], com a avaliação da eqüidade [...] e da tecnologia [...], com a utilização do processo de avaliação como estratégia para a garantia da qualidade dos serviços [...], além de revisões sobre o tema [..][12].

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como um ambiente de situações para o planejamento [...].

A cobertura e a eficiência, por exemplo, poderiam ser monitoradas a partir de informações já disponíveis, como o número de consultas por tipo de ação de saúde e os custos. O registro sistemático de novas informações como as primeiras consultas por problemas priorizados, bem como os cálculos dos custos dos procedimentos, aperfeiçoariam os indicadores possíveis de serem construídos a partir desses dados. Periodicamente, a avaliação desses atributos pode ser complementada ou, em certos casos, validada por estudos populacionais de utilização e de cobertura.

Há que se destacar a importância da avaliação da efetividade/impacto das ações sobre o nível de saúde da população. Na impossibilidade de se realizar estudos especiais voltados para a aferição deste atributo, o acompanhamento e estudo das séries temporais de indicadores de morbi-mortalidade podem fornecer padrões indicativos das modificações esperadas.

Também o estudo da qualidade técnico-científica, da eqüidade, do acesso e da satisfação do usuário requer a incorporação, no processo de planejamento, de desenhos específicos para a avaliação dessas características das práticas de saúde. Esses atributos, em si, possuem um valor que lhes é atribuído socialmente: por exemplo, avaliar a cobertura de um determinado serviço e a existência de eqüidade no acesso ao mesmo, corresponde a verificar o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde.

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado. [...]

A avaliação de alguns dos atributos acima mencionados, como a cobertura, a qualidade técnico-científica e a satisfação do usuário, pode também fornecer subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas em relação aos problemas de saúde a elas vulneráveis. Ou seja, se a cobertura de determinada intervenção como a vacinação contra o sarampo, por exemplo é abrangente, se as ações são

---

[12] Ibidem, p.87.

desenvolvidas com a qualidade técnico-científica requerida e se existe aderência da população-alvo, a possibilidade de o impacto observado traduzido em redução da incidência ser também signficativo é elevada.

Por outro lado, os projetos de reorganização das práticas de saúde [...] necessitam da definição de estratégias para avaliação, sintonizadas com as modificações propostas para um novo modelo assistencial, que ultrapassem a simples aferição do atendimento à demanda espontânea, centrada no cuidado médico individual, quer nos seus aspectos quantitativos, quer naqueles qualitativos.

O enfrentamento desses desafios implica a decisão política de aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo. Requer, ainda, um esforço coletivo de gestores e pesquisadores da área, esforço este voltado para o equacionamento dos obstáculos anteriormente mencionados. Estes problemas referem-se principalmente à diversidade terminológica discutida, mas também às inadequações e insuficiências metodológicas indicadoras não somente de um incipiente desenvolvimento teórico do campo, como mesmo da ausência de "acordos de grupo" visando uma uniformização conceitual[13].

A superação dos mesmos pode não se situar exclusivamente no plano do conhecimento, pois, por vezes, conceitos inadequados poderão ser preservados, devido ao fato de se referirem a práticas reais. A identificação dos fenômenos aos quais os conceitos se referem é um passo inicial. Em seguida, as relações entre os fenômenos devem ser buscadas em diferentes contextos, o que poderá indicar o grau e a forma de articulação entre os diversos conceitos, a partir de um referencial teórico definido. Também a confluência e a concordância entre autores devem ser consideradas, visando auxiliar na superação da confusão terminológica, ao invés de contribuir para aumentá-la.

Por fim, a elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades de saúde da população, bem como as possíveis modificações ocorridas no nível de saúde das mesmas, em contextos históricos determinados, constituem-se em requisitos para a afirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira[14].

Para Hartz (1999, p.349-350),

os Padrões de Avaliação de Programas [...] fornecem diretrizes e casos ilustrativos para auxiliar aqueles envolvidos em uma avaliação a alcançar cada um desses padrões. Os casos ilustrativos baseiam-se em uma infinidade de cenários educacionais, incluindo escolas, universidades, os campos da medicina e da saúde, as forças armadas, o comércio, a indústria, o governo e a polícia. Eles identificam princípios avaliativos com quatro atributos básicos que, quando empregados, poderiam resultar em uma melhor avaliação de programas: utilidade: a avaliação atende às necessidades de informação dos interessados; Praticabilidade: a avaliação é realista, prudente, hábil e econômica (politicamente viável e eficiente, produzindo informações suficientemente úteis, de modo que os recursos gastos possam ser justificados); propriedade: a avaliação é conduzida de forma legal e ética, preocupando-se com todos aqueles envolvidos ou afetados por seus resultados (as obrigações das partes devem ser acordadas por escrito, de modo que fiquem obrigadas a respeitá-las); precisão: a avaliação produz informações tecnicamente adequadas sobre

---

13 Ibidem, p.87-88.

14 Ibidem, p.88-89.

> os elementos que determinam o valor ou o mérito do programa. As conclusões são explicitamente justificadas, de modo que os usuários ou pares possam julgá-las em sua validade.

2.5 Avaliação da implantação de programas

Os resultados das análises de implantação de serviços de saúde não são passíveis de analogias, tanto pelas características próprias do processo de avaliação em saúde quanto pelos contextos ímpares em que tais implantações se dão. Ainda assim, podem fornecer referenciais metodológicos para a delineação de outras investigações dessa natureza, razão pela qual são elencados neste subitem.

Para King, Morris e Fitz-Gibbon (1987), a função da avaliação de implantação de programas e serviços é verificar se a combinação de materiais, atividades e organização administrativa que os constituem conduzem à realização dos seus objetivos.

Já de acordo com Cosendey (2000),

> a avaliação de implantação de um programa visa principalmente identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção. Ela consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção, relacionando a dinâmica interna do programa (relações entre objetivos, serviços, recursos e efeitos) com o contexto onde é implantado.

Nesse contexto, Rundall (1992) propõe que a avaliação da implantação de um programa de saúde pública pode ser organizada com base nas situações abaixo elencadas:

- Se os funcionários, equipamentos e recursos financeiros encontram-se disponíveis nos locais e tempos necessários para satisfazer às necessidades do programa;
- Se as ações do programa são realizadas de acordo com o plano original;

- Se existem fatores, não previstos no momento inicial, influenciando a implantação do programa;
- Se as ações do programa estão sendo realizadas, de forma qualitativa e quantitativamente uniforme, em todas as metas do programa.

E Hartz et al. (1995) enfatizam que a avaliação da implantação é um pré-requisito indispensável para a apreciação dos resultados de um programa ou serviço, na medida em que estima a adequação da quantidade e da qualidade das ações oferecidas em relação às normas estabelecidas.

Considerando que Camaragibe (PE) aderiu ao Programa Saúde da Família em 1994, constitutindo-se em um dos primeiros municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes a fazê-lo – adotando assim a perspectiva de atenção básica como eixo norteador do sistema de saúde e atingindo elevada cobertura populacional -, Cavalcante et al. (2006) procederam à análise de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica naquele município. Para tanto, os autores realizaram uma pesquisa avaliativa tipificada como análise de implantação em seu segundo componente - análise das variações da implantação nos efeitos observados – do PSF, considerando as sete áreas estratégicas mínimas da Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) 01/02 (BRASIL, 2002), a saber: ações de saúde da mulher, ações de saúde da criança, controle da hipertensão, controle da diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. De acordo com os autores, tal metodologia foi adotada por ser a mais indicada quando a intervenção realizada é complexa e apresenta resultados variáveis, influenciados por diferentes contextos. A aproximação do objeto ocorreu através de estudo de caso único.

Para estabelecer o grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica no conglomerado de Equipes de Saúde da Família, os autores realizaram uma avaliação normativa baseada nas responsabilidades e atividades preconizadas pela NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002). O estudo teve caráter censitário, pois contemplou a totalidade das ESF para a avaliação do grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica, e analisou os indicadores de resultados correlatos no âmbito do município. A unidade de análise considerada foi o conglomerado de ESF, e o nível de análise foi a esfera municipal. Para a coleta dos dados primários, foi utilizado um questionário estruturado elaborado especificamente para o estudo, pois não havia um modelo previamente construído que contemplasse todas as responsabilidades e o elenco de atividades das áreas estratégicas mínimas da atenção básica. Esse instrumento foi avaliado por conhecedores de cada uma das áreas estratégicas mínimas da NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002), e validado por meio de teste piloto realizado com quatro Equipes de Saúde da Família do município de Recife. A entrevista junto aos profissionais das 36 Equipes de Saúde da Família foi realizada pela pesquisadora principal e por uma enfermeira sanitarista com domínio teórico e prático do instrumento. Para testar a confiabilidade das respostas, foram sorteadas quatro das 36 equipes, aproximadamente 10% do total, para repetir as entrevistas. O percentual de divergência global foi 4,8%, inferior ao limite máximo para validação das respostas, estabelecido em 5%. Para efeito do processamento dos dados, foram consideradas as respostas da primeira entrevista. O grau de implantação para cada área estratégica foi construído considerando o número de respostas positivas da área no conglomerado de ESF em relação ao total de perguntas da área; e, para o conjunto das áreas estratégicas mínimas, o total de respostas positivas de todas as

equipes e áreas estratégicas em relação ao total de perguntas de todas as equipes e áreas.

A classificação do grau de implantação adotou os seguintes critérios:

- IMPLANTADO: entre 80 e 100% de respostas positivas;
- PARCIALMENTE IMPLANTADO: entre 60% e menor que 80% de respostas positivas;
- NÃO IMPLANTADO: abaixo de 60% de respostas positivas.

Os dados secundários foram referentes aos indicadores de resultados para cada área estratégica, obtidos por intermédio dos vários bancos de dados nacionais: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), Sistema de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). O plano de análise considerou o grau de implantação para cada área estratégica da atenção básica no conglomerado de ESF e para o conjunto de todas as áreas estratégicas mínimas da atenção básica e a relação entre o grau de implantação e os indicadores de resultados encontrados. Essa relação baseou-se na coerência entre os graus de implantação e os parâmetros de avaliação definidos para os indicadores das áreas. Esses parâmetros são mais consolidados para a saúde da mulher, da criança, de controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Nas áreas que ainda não dispõem de parâmetros estabelecidos, ou não se obtém indicadores específicos a partir dos dados secundários de base municipal, como o controle da hipertensão e do diabetes, a análise dos indicadores utilizou o levantamento de séries históricas e a comparabilidade com outras regiões, estados e municípios. A análise da dimensão

unitária das áreas estratégicas mínimas não foi possível em função da dificuldade de obter um indicador sintético das sete áreas estratégicas e o estudo realizado.

De acordo com os autores, os principais achados do estudo foram o grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica e sua influência na situação de saúde do município. Com base nos resultados, o grau de implantação do conjunto das áreas estratégicas mínimas da atenção básica foi considerado "parcialmente implantado" (79,7%). Em relação aos componentes, foram dadas como "implantadas" as áreas de saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. As ações de saúde da criança estavam parcialmente implantadas (76,8%) e as de saúde bucal não implantadas (42,5%). Na área de saúde da mulher houve coerência entre o grau de implantação e os resultados alcançados, haja vista que, dos sete indicadores utilizados, cinco - entre os quais quatro relacionados à assistência pré-natal - apresentaram-se favoráveis. No entanto, as ações de saúde da criança, com quatro indicadores favoráveis entre os seis selecionados, não foram consideradas em sintonia com o grau de implantação. Os resultados alcançados em relação ao controle da hipertensão e ao controle do *Diabetes mellitus* foram apontados como convergentes com os seus respectivos graus de implantação, o que não ocorreu entre os graus de implantação e os indicadores relacionados ao controle da tuberculose e à eliminação da hanseníase, que revelaram divergências. Já a relação da implantação da área de Saúde Bucal com os resultados ficou impossibilitada pela insuficiente cobertura de equipes de Saúde Bucal no município.

Considerando que o cuidado com a saúde das crianças constitui-se em uma prioridade no âmbito da manutenção da saúde das populações humanas, e que a atenção primária é fundamental para promover a saúde dessas populações – pois

subsidia ações voltadas à prevenção de doenças e diminui os intervalos entre visitas de seguimento, as dificuldades de acesso a serviços de referência e o excesso de hospitalizações, e partindo da premissa de que o PSF e a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) possibilitaram maior acesso da população aos cuidados básicos de saúde, Samico et al. (2005) empreenderam uma investigação cujo objetivo foi avaliar a implantação da atenção à saúde da criança na rede básica de saúde de dois municípios de Pernambuco. De acordo com os autores,

> para se compreender de que forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantadas e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos. A avaliação deve, portanto, ser compreendida como uma ferramenta relacionada à tomada de decisão. Nesse sentido, [salienta-se] a importância dos processos avaliativos, em especial no âmbito local, em face da política de descentralização do Sistema Único de Saúde. Diante de contextos diversos, reforça a utilidade de análises qualitativas, comparativas e de estudos de caso para o planejamento e a gestão, considerando o fortalecimento das ações básicas e o desenvolvimento da atenção primária, efetivos de fato para uma melhor oferta de saúde (SAMICO et al., 2005, p. 230).

A metodologia adotada foi a pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação, tendo como estratégia o estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados. Os dois municípios analisados localizavam-se na região agreste do estado, e a avaliação foi realizada no período de abril a novembro de 2002. O município 1 foi selecionado por ter sido um dos primeiros a implantar o PSF no estado de Pernambuco, a partir de 1996, e a Estratégia AIDPI a partir de 1998. Em decorrência do modelo metodológico adotado, houve necessidade de incluir outro município com características sócio-demográficas semelhantes, “no sentido da reprodutibilidade dos resultados” (SAMICO et al., 2005, p. 230). A população do estudo era composta por crianças menores de cinco anos, pais ou responsáveis e profissionais de saúde das unidades selecionadas. O grau de implantação da atenção à saúde da criança foi definido a partir da análise da estrutura dos serviços

de saúde e do processo de trabalho, e este a partir da observação do manejo de casos de crianças menores de cinco anos de vida realizado pelos profissionais responsáveis pela atenção à saúde da criança e da percepção dos usuários após o atendimento. Foi construído um sistema de escores: ao escore final foi imputado peso 6 ao manejo de casos, e peso 4 à estrutura. Consideraram-se como pontos de corte para classificação do grau de implantação: CRÍTICO = 0 a 4,9; INSATISFATÓRIO = 5,0 a 7,9; SATISFATÓRIO = 8,0 a 10,0.

As variáveis foram definidas a partir de adaptação do Manual de Acompanhamento e Avaliação da Estratégia AIDPI (BRASIL, 1999; SAMICO et al., 2005). Foram consideradas as variáveis ESTRUTURA: medicamentos (2,5); vacinas (2,5); equipamentos e outros insumos (2,5); organização de serviços (2,5) e PROCESSO: avaliação clínica (2,5), aí se incluindo a verificação de afecções prevalentes, outros problemas e estado nutricional; tratamento (2,5), incluindo terapia medicamentosa e referência; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (2,0) quanto a orientações sobre alimentação, imunização, crescimento e desenvolvimento, retorno ao serviço e notificação compulsória de doenças; habilidades de comunicação (1,0) quanto a orientações sobre tratamento e perguntas de verificação; percepção dos usuários após o atendimento (2,0), considerando a compreensão satisfatória sobre o problema de saúde, o tratamento e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças quanto a alimentação, imunização, crescimento e desenvolvimento e retorno ao serviço.

Para a análise da percepção dos profissionais de saúde foram definidas as seguintes dimensões: suporte técnico, resutibilidade do serviço e relações pessoais e interpessoais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com os profissionais médicos e de enfermagem. Para a percepção dos usuários das

unidades de saúde, as dimensões consideradas foram: acesso e resutibilidade do serviço, modelos de atenção à saúde e satisfação com os serviços prestados. A coleta dos dados foi realizada por meio de discussão em grupos focais com pais ou responsáveis por crianças menores de cinco anos. Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o *software* Epi-info. A análise de conteúdo foi empregada para os dados de natureza qualitativa (SAMICO et al., 2005).

Considerando que, por meio da Portaria nº 1.444, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) privilegiou a inserção de ações voltadas à preservação da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, Baldani et al. (2005) empreenderam uma investigação cujo objetivo era analisar o perfil de implantação de tais ações no estado do Paraná um ano após o início da vigência do referido diploma legal. Para tanto, delinearam um estudo quali-quantitativo cujo universo era constituído pelos 136 municípios do estado que haviam implantado Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF até o início de 2002. Esse universo de 136 municípios administrava 278 ESBs, 66 das quais em modalidade I - um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário -, e 39 em modalidade II - um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental e um atendente de consultório dentário.

A todos os 136 municípios foram enviados dois questionários – previamente validados[15] -, acompanhados de ofício no qual os autores (BALDANI et al., 2005) descreviam a finalidade e os objetivos da pesquisa. O primeiro questionário, destinado ao Coordenador de Saúde Bucal ou ao Secretário Municipal da Saúde, solicitava informações de caráter administrativo-gerencial: (a) início da atuação das equipes de Saúde Bucal; (b) número e modalidade das equipes de Saúde Bucal; (c) população coberta pelo PSF; (d) localização das unidades de saúde da família; (e)

[15] Para a validação, os questionários foram apresentados a 30 cirurgiões-dentistas que participaram de um curso do Pólo de Capacitação do PSF na região de Ponta Grossa (PR).

forma de contratação dos cirurgiões-dentistas a atuarem nas equipes de Saúde Bucal; (f) faixa salarial de cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório dentário e técnicos em higiene dental que atuavam no programa; (g) jornada de trabalho desses profissionais. O segundo questionário, a ser respondido por todos os cirurgiões-dentistas que estivessem atuando no PSF, contemplava aspectos operacionais: (a) tempo de atuação no PSF; (b) participação em cursos de capacitação; (c) clientela atendida pela equipe de Saúde Bucal; (d) forma de agendamento dos pacientes em relação ao tratamento odontológico; (e) periodicidade de visitas domiciliares pelo dentista; (f) encaminhamento dos casos de maior complexidade; (g) ações do cirurgião-dentista e da equipe auxiliar; (h) envolvimento da equipe de Saúde Bucal com o restante da equipe de saúde da família; (i) periodicidade das reuniões entre toda a equipe de saúde da família, incluindo o pessoal de Saúde Bucal; (j) utilização ou não de prontuários únicos. Cabe ressaltar que ambos os questionários compreendiam perguntas objetivas - fechadas - e uma questão subjetiva - aberta -, para que os participantes expressassem experiências, sucessos ou dificuldades encontradas na operacionalização do programa.

Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva, e a avaliação da interação porte do município x implantação ou não do PSF e das equipes de Saúde Bucal foi obtida pelo teste estatístico qui-quadrado. Dos 136 municípios envolvidos, 77 (56,6%) responderam. Do total de 278 cirurgiões-dentistas atuantes nas ESBs do estado do Paraná, 105 (37,8%) responderam. Os motivos que causaram a ausência de respostas de 59 (43,4%) municípios não foram investigados, de vez que o índice de retorno se inseria no patamar esperado para estudos que utilizam correspondências com uma única postagem. Além disso, os resultados revelaram

que grande parte das equipes de Saúde Bucal do estado foi implantada no segundo semestre de 2001 (46,7%) e no primeiro semestre de 2002 (32,5%); somente dois municípios - Catanduvas (população de 10.421 habitantes) e Pitanga (população de 2.418 habitantes) - relataram ter inserido a odontologia no PSF antes de 2001. Dessa forma, o tempo médio de atuação no PSF pelos cirurgiões-dentistas que responderam ao questionário era de oito meses - tempo mínimo menor que um mês e tempo máximo de dois anos. No que concerne à distribuição das unidades de saúde da família, 73 municípios apresentavam unidades em região urbana – destes, somente 19 estenderam o programa à zona rural; quatro municípios haviam implantado equipes de Saúde Bucal apenas na zona rural. Ainda com base na análise descritiva, os autores constataram que 65% das equipes de Saúde Bucal atendiam até 5 mil pessoas, e que 85% delas atendiam até 6.900 pessoas - valor máximo estipulado por equipe pela Portaria 1.444 (BRASIL, 2000).

Quanto às ações desenvolvidas pelos integrantes das equipes de Saúde Bucal, Baldani et al. (2005) constataram que todos os cirurgiões-dentistas estavam basicamente envolvidos com o atendimento clínico, e que nem todos desempenhavam as demais atividades previstas na Portaria nº 1.444 (BRASIL, 2000); os integrantes da equipe auxiliar, por sua vez, limitavam-se a ações como instrumentação e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais. Com relação à clientela, os autores apontam que bebês, gestantes e idosos são menos assistidos.

2.6 Tipologias de avaliação

Este subitem é inteiramente calcado no trabalho de Novaes (2000) que, com a devida clareza e a necessária simplicidade, discorre sobre os diferentes tipos de avaliação de serviços e programas de saúde. A opção por um único artigo como encerramento desta Revisão de Literatura deve-se, fundamentalmente, à possibilidade de compreensão que ele fornece sobre o processo avaliativo – que há de ser pautado no contexto que o(s) serviço(s) oferecido(s) ocorre(m).

> A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas, vivência [SIC] de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas.
>
> Não se trata da questão mais geral, ou seja, da possibilidade de produção de um conhecimento do mundo pelo homem, que pretende conter uma verdade, reconhecida como tal também fora do seu contexto imediato de produção, e que se traduz em temas como os da indução, dedução, comprovação, demonstração etc. [...]. Além dessa questão, colocada para toda atividade que se pretende científica e para a qual as diversas áreas têm buscado as soluções que lhes parecem mais adequadas, em determinados momentos dados [SIC] [...], trata-se do seguinte: quais as condições de utilização do conhecimento produzido? Em outras palavras, pode ele, e de que forma, ser inserido em processos históricos concretos que, além de terem delimitado as suas condições de produção, estarão também interferindo nas suas condições de utilização?
>
> A abordagem desse problema passa necessariamente pela adesão a uma teoria ou explicação geral sobre o que faz o mundo se transformar, as coisas acontecerem, ao longo da história, apoiando-se em argumentos de natureza mágica, religiosa, positivista, materialista-histórica e outros. Em todas as teorias, o conhecimento produzido pelo homem sobre a realidade que se lhe apresenta, tem um sentido, uma razão de ser. No mundo moderno e contemporâneo ocidentalizado, em que passam a dominar as teorias racionalistas, o conhecimento, que na sua forma considerada superior ou mais elaborada é chamada de ciência, é considerado um instrumento essencial para a resolução dos problemas e para a construção de um mundo melhor. São fortes, ainda que diversas, as explicações de cunho teleológico para o desenvolvimento científico, bem como do uso da razão como uma razão instrumental, ou seja, a razão para alguma coisa e não a razão em si [...]. Dessa forma, apresenta-se como necessária uma proximidade, uma relação de conseqüência entre a ciência e a técnica, o pensar e o agir. Observa-se nesse processo uma "cientifização" da técnica e uma "tecnificação" da ciência, que assim, progressivamente, se interpenetram e se mostram capazes de solucionar todos os problemas, de qualquer natureza.
>
> No entanto, a "cientifização" da arte não é mais que uma concretização avançada de um velho sonho: tornar racional o mundo por meio daquele que, apreendendo-o, compreende-o e nele age como máxima causa eficiente. Fundando-se na racionalidade científica, a explicação dos

fenômenos e as soluções dela derivadas deparam-se com exigências centradas em valores socialmente tidos como fundamentais. Em outras palavras, ciência e tecnologia, além de terem finalidades utilitárias previamente definidas, devem responder positivamente a demandas mais amplas, como se delas decorressem os conflitos responsáveis pelas desigualdades e conflitos sociais [...]. A repetida constatação da não-realização das proposições de máxima idealização, colocadas para a ciência e a técnica, tem sido usada como argumentação para duas atitudes opostas: (1) a afirmação de uma insuficiência "interna" da ciência e da técnica, ou seja, de natureza quantitativa, ou de intensidade, possível de ser superada, ou (2) da sua insuficiência "externa", de natureza qualitativa, que as faz prometerem e serem responsabilizadas por algo que jamais poderá ser atingido. Esses posicionamentos, e suas variações, além de presentes nos debates filosóficos, ocupam atualmente um espaço importante nos ideários político-ideológicos que referenciam a prática política no mundo ocidental, com o predomínio do primeiro posicionamento, orientando as propostas para as políticas educacionais, científicas e tecnológicas [...].

Essa questão pode ser recuperada e melhor compreendida no que diz respeito às suas repercussões para a prática científica e técnica cotidiana, quando sua presença é identificada na dinâmica de áreas de conhecimentos e práticas específicas. Para a análise do desenvolvimento da área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde, objeto do presente estudo, e tentando identificar sob que condições e em que contextos foi construída a articulação entre as condições de produção e de utilização do seu conhecimento, o autor desenvolveu uma revisão da literatura produzida na década de 90, sobre esse tema, predominantemente em língua inglesa, com o objetivo de construir tipologias e categorias de análise mais gerais.

Não foram identificadas quais as modalidades mais adequadas ou melhores de avaliação, visando a construir uma compreensão sobre quais as condicionantes que incidiram sobre os diferentes desenvolvimentos na área. Essa posição é importante para a melhor compreensão da construção das avaliações em saúde, uma vez que ela toma como ponto de partida a produção de um conhecimento que contenha possibilidade de utilização ao assumir um conteúdo valorativo, o que necessariamente coloca esse tema no mundo da vida em sociedade.

Essa idéia de valor vai além do julgamento sobre o mérito do conhecimento como tal, mas pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões, que incorpora e interage com o contexto no qual a avaliação se desenvolve.

Avaliação em saúde: conceitos e métodos para a construção de tipologias

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem ser encontradas na literatura de forma muito diversificada [...]. [Neste artigo], desenvolve-se uma síntese das principais modalidades propostas, organizando-as, em um primeiro momento, em grandes categorias, segundo critérios considerados mais significativos para as questões aqui priorizadas, para em seguida inseri-las na nomenclatura mais freqüentemente adotada. Os critérios apresentados foram selecionados a partir daqueles mencionados na literatura [...] e discutidos em reuniões científicas. Esses critérios, que procuram dar conta das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação, são os seguintes: (1) objetivo da avaliação, (2) posição do avaliador, (3) enfoque priorizado, (4) metodologia predominante, (5) forma de utilização da informação produzida, (6) contexto da avaliação, (7) temporalidade da avaliação e (8) tipo de juízo formulado.

Para cada uma dessas variáveis, podem ser formuladas características alternativas que devem, no entanto, ser compreendidas como

representando formas dominantes, mas não exclusivas, pela própria complexidade do objeto. Não existem, para as variáveis, modalidades melhores ou piores, ou seja, elas não têm um conteúdo valorativo em si, mas procuram apontar as alternativas conceituais e metodológicas existentes nos processos de avaliação, referenciadas por teorias e metodologias gerais aceitas por áreas de conhecimento e práticas legitimadas. Um conteúdo valorativo será colocado quando for inadequada a utilização desses conceitos e metodologias isoladamente, ou ao se propor combinações contraditórias na análise de processos de avaliação concretos.

Os critérios ou variáveis selecionados pela autora são:

- Objetivo da avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão).
- Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.
- Enfoque priorizado: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.
- Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quasi-experimental.
- Contexto da avaliação: controlado ou natural.
- Forma de utilização da informação produzida: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização.
- Tipo de juízo formulado: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.
- Temporalidade da avaliação: pontual, corrente, contínua.

Ainda que seja possível observar alguma variação nas combinações entre as características observadas para os critérios, de um modo geral, a adoção de uma posição para um critério coloca-se como condicionante para o enquadramento nos demais. Nesse sentido, é possível identificar três grandes tipos de avaliação, a partir da combinação entre as alternativas colocadas para cada critério: pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa, avaliação para decisão e gestão.

Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa [...]. Essas pesquisas geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, à distância dos avaliadores, ou de pelo menos parte da equipe responsável pelas principais decisões (não implicando a não-participação de avaliadores internos no processo), dada a valorização da máxima objetividade possível, é considerada uma condição necessária ao adequado desenvolvimento da investigação.

As principais questões que orientam as pesquisas de avaliação, ou seja, o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos a serem atingidos, dizem respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas. Ainda que passíveis de serem formulados de forma mais direta, ou mais mediatizada, o estabelecimento de nexos entre uma ação, ou ações, e determinadas alterações observadas na realidade (indivíduos, populações, práticas, ambiente etc), orienta fortemente as questões formuladas. Ou seja, pode-se considerar como

característica importante nas pesquisas de avaliação a identificação de relações de causalidade, ainda que as concepções que as orientam possam ser diversificadas (positivistas, "verificacionistas", complexas e outras) [...].

A metodologia ou seja, as formas propostas para a aproximação e a apreensão do objeto dominante nas pesquisas de avaliação ainda é a de natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, ambas porém orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização do observado. Isso implica o estabelecimento de um certo controle sobre o contexto em que se desenvolve a pesquisa e na proposição de desenhos gerais metodológicos experimentais ou, mais freqüentemente, quasi-experimentais (buscando alcançar um equilíbrio satisfatório entre o controle da subjetividade e a garantia de uma objetividade, a artificialidade, a viabilidade e a ética, dilemas sempre presentes nas investigações de um modo geral, e principalmente nas de avaliação) [...].

Diante dessas condicionantes, a informação produzida, que se deseja ser um conhecimento, deverá ser utilizada para a demonstração dos pressupostos iniciais que orientaram todo o processo, e o juízo formulado como resultado da pesquisas de avaliação estará relacionado a esses mesmos pressupostos, ou hipóteses. Quanto à temporalidade dessas investigações, considerando-se que elas, em geral, têm por objetivo responder a questões cuja necessidade de resposta, ainda que genericamente previsível, não foi planejada com antecedência, no que se refere ao momento e às formulações específicas, e dado o seu elevado custo, são elas habitualmente de natureza pontual, podendo eventualmente ser replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo.

Na avaliação para a decisão, o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido. Sendo assim, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo, ainda que avaliadores externos geralmente também façam parte da equipe coordenadora da avaliação. E o enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis [...].

Tendo em vista a natureza complexa dos objetos colocados para essas avaliações, são utilizadas metodologias de natureza qualitativa e quantitativa, de natureza situacional, com desenhos relativamente abertos e específicos para cada tipo de aproximação e apreensão da realidade buscada (como, por exemplo, os estudos de caso), em um contexto que se deseja manter natural e cujos resultados deverão ser articulados no momento da análise geral, ao se tomar por referência uma teoria geral que permita a sua integração [...].

Esses resultados constituem informações geralmente reconhecidas como melhor construídas, mais sistematizadas, do que aquelas inicialmente disponíveis sobre o objeto avaliado, mas cujo valor final não é intrínseco e será medido por sua capacidade de se transformar em recomendações positivas, isso é, capazes de contribuir para a solução dos problemas identificados (pelos demandantes da avaliação, ou identificados ao longo do processo) [...]. Esse tipo de avaliação, ainda que realizado pontualmente, isso é, como processo especialmente desenvolvido para esse fim, é de natureza corrente, dado que geralmente previsto para acontecer quando da proposição e implantação do objeto avaliado.

A avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos,

mas o melhoramento de uma condição dada. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária e é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, geralmente presente.

O enfoque priorizado, explicitado nos objetivos, é o da caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas. São dominantes as metodologias de natureza quantitativa (podendo estar também presentes instrumentos com abordagem qualitativa, desde que passíveis de uso padronizado), observacionais, desenvolvidas em contexto natural ou até mesmo de rotina administrativa, em que os desenhos gerais das avaliações são construídos pela agregação de medidas representativas de uma totalidade. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, como partes que representam um todo, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento [...].

Avaliação em saúde: objetos para o conhecimento e práticas sociais

As avaliações de programas, serviços e tecnologias de saúde inserem-se, com graus variáveis de aderência, em uma das tipologias propostas, dependendo do contexto no qual se desenvolvem. Não se trata de identificar tipologias avaliativas a priori, melhores ou piores, como instrumentos ativos de construção social, mas apontar a articulação necessária entre objetos, tipologias e contextos, nos processos de avaliação.

No desenvolvimento das avaliações em saúde como práticas institucionalizadas, em conjunturas diversas, foram sendo construídas especializações e segmentações, com inserções e perfis profissionais próprios. Com atividades de avaliação em programas, serviços e tecnologias de saúde, podem atualmente ser identificadas diferentes "comunidades" de profissionais, inseridos em setores diversos e mais identificados com referenciais político-ideológicos e teórico-metodológicos específicos, geralmente vinculados a associações científicas e/ou profissionais que os representam. Entre as mais atuantes serão destacadas aquelas que desenvolvem práticas denominadas de "avaliação tecnológica em saúde", "avaliação de programas" e "avaliação, gestão e garantia de qualidade". Nos países onde estão presentes, na dependência de fatores como as características da organização da atenção à saúde, formação e "cultura" profissional, entre outras, essas "comunidades" se inserem, de maneiras diversificadas, na saúde pública, na administração e na gestão ou na medicina.

Avaliação tecnológica em saúde

Na sua definição mais abrangente, a avaliação tecnológica em saúde é aquela que toma como sua unidade de análise, ou ponto de partida, uma tecnologia, de produto ou de processo, passível de ser caracterizada na sua dimensão temporal e espacial (que, onde, como, quando, para quem, para quê). A avaliação tecnológica em saúde, como atividade institucionalizada, desenvolveu-se nos países centrais a partir dos anos 70, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde que levou à introdução de muitas novas tecnologias, com implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias importantes. Uma das formas propostas de avaliação tecnológica busca responder à necessidade de conhecimentos aprofundados sobre algumas tecnologias, no que diz respeito às suas dimensões técnicas (a segurança e efetividade de uma tecnologia, ou seja, a capacidade de produzir o resultado para o qual ela foi desenvolvida, sem causar danos, em condições normais de utilização nos serviços de saúde) e econômicas (estudos de custo-efetividade, custo-utilidade ou custo-benefício), quando então se associam às avaliações econômicas. As avaliações de tecnologias dessa natureza,

dadas as suas condicionantes, constituem pesquisas de avaliação que se encaixam na tipologia anteriormente apresentada. Mais recentemente, os profissionais envolvidos nas avaliações tecnológicas em saúde voltadas para o estudo das efetividades têm se aproximado das áreas da epidemiologia e clínica que estudam as eficácias diagnósticas e terapêuticas dos procedimentos utilizados na prática médica e das atividades relacionadas à "Medicina Baseada em Evidências". Além dessas, compõem também esse tipo de avaliação tecnológica as pesquisas em engenharia biomédica e engenharia clínica, que se dedicam à avaliação das condições de produção, operação e manutenção dos equipamentos e materiais de uso especializado na área da saúde. As atividades relacionadas ao desenvolvimento de consensos e "guidelines" para a utilização de tecnologias na área de saúde, mais intensamente presentes nos anos 90, e que têm sido propostas e coordenadas tanto por órgãos públicos executivos centrais quanto por associações profissionais ou mesmo serviços, caracterizam-se como avaliações tecnológicas do tipo "avaliação para decisão", ao terem por objetivo a utilização do conhecimento científico atual na boa prática profissional, propondo recomendações capazes de servir de apoio nos processos de decisão (administrativos, gerenciais, clínicos). Finalmente, têm sido incluídos no universo da avaliação tecnológica em saúde, apresentando características mais acentuadas de pesquisa e de produção de conhecimento, os estudos relativos às políticas científicas e tecnológicas para a área de equipamentos e medicamentos, além daqueles que tomam como sua questão principal as dimensões tecnológicas, mas os desenvolvem na perspectiva dos estudos de "práticas e políticas de saúde", mais próximos das pesquisas propriamente sociológicas ou históricas.

Avaliação de programas em saúde

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas (tomados aqui no sentido em que é utilizado na literatura americana), como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados. Portanto, são considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de "screening" para grupos de risco para problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados etc.) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela. No Brasil, de um modo geral, apenas os procedimentos da primeira alternativa são considerados programas, mas já se observa também aqui uma maior variabilidade no seu uso, o que faz com que toda avaliação de programa deva se iniciar com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerenciais, serviços, procedimentos, profissionais etc. No que diz respeito ao objeto colocado para a avaliação e às alternativas de apreensão do mesmo, a avaliação de programas mostra, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade, e, de outro, com a ciência social e política e o planejamento, pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos. Ao mesmo tempo, fazem parte da conjuntura política, econômica e social mais ampla, conjunturas essas que não são passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas, como são as avaliações. O dilema da articulação entre a produção de conhecimento e a sua utilização, ou entre a prática científica e técnica e a prática política, e as alternativas desenvolvidas para o seu equacionamento, fazem parte da história da Avaliação de Programas como prática institucional. Essa se desenvolveu principalmente nos Estados Unidos, a partir dos anos 60, como parte dos grandes programas de intervenção social propostos na época, resultando no surgimento de uma

categoria profissional, os Avaliadores de Programas, que estão vinculados a instituições públicas ou privadas, ou organizados em empresas prestadoras desse tipo de serviço, e seus reflexos podem ser observados nos tipos de avaliação de programas atualmente propostos na literatura. Na fase inicial, a sua dimensão de instrumento para intervenção articulava-se com a atuação de um Estado que devia garantir um bem-estar social, porém de forma eficiente. Nos anos 90, essa dimensão, refletindo as grandes alterações ocorridas na atuação do poder público e nas teorias de ação social, aparece quando é colocada a possibilidade do empoderamento dos agentes do programa (profissionais e população) pela avaliação, ou seja, de uma perspectiva de dever institucional passou-se para a mobilização individual. Dado o seu caráter sempre conjuntural e de contexto, uma das formas freqüentes de criar categorias para as avaliações de programas é pela especificação da fase (ou fases) do programa que está sendo avaliado (de desenvolvimento e proposição, também denominado de estratégico, de implantação e de resultados e impacto) e pelo detalhamento da questão, ou questões, que orientam a avaliação ou o(s) foco(s) a serem privilegiados (descritivo, causal, comparativo, prospectivo, econômico, mobilização social, monitoramento entre outros), gerando longas listas de tipos de avaliação, que mais confundem do que auxiliam na sua compreensão.

Retomando as tipologias anteriormente apresentadas, é possível identificar nas avaliações de programas a presença da pesquisa de avaliação, da avaliação para decisão e da avaliação para gestão, de forma isolada ou concomitante. A pesquisa de avaliação desenvolve-se mais freqüentemente, quando o seu objetivo é conhecer o impacto de um programa, sendo esse medido pelos resultados observados sobre condições específicas da população (mortalidade, morbidade, indicadores de qualidade de vida entre outras), selecionados a partir de relações de causalidade identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção. Nesse caso, predominam as metodologias quantitativas, articuladas a alguma forma de controle sobre os fatores "de confusão", e o conhecimento produzido deve ter validade interna e externa, ter confiabilidade e ser objetivo, para poder ser reconhecido como científico, em comunidades específicas. No entanto, outros tipos de impacto têm sido medidos, e o intenso desenvolvimento das metodologias qualitativas, tanto da sua fundamentação teórica quanto das aplicações práticas, nos últimos anos, está presente também nas avaliações de programas para esses aspectos. Quando o objetivo da análise desses impactos é a construção de um conhecimento passível de uma generalização, trata-se também de uma pesquisa de avaliação, e observa-se nesses estudos uma preocupação com a sua regularidade, objetividade, confiabilidade, com inserção em um referencial teórico mais geral. Também as avaliações estratégicas e de implantação podem constituir-se em pesquisa de avaliação, mas o fazem menos freqüentemente, principalmente as segundas, pela própria dificuldade que seus recortes oferecem ao enquadramento teórico-metodológico mais rígido que a prática científica exige, tal como é concebida, por não estarem no geral orientadas para a demonstração de hipóteses explicativas previamente desenvolvidas. As avaliações de implantação e estratégicas mostram-se mais aderidas às avaliações para decisão, pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, quase sempre, o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais. Busca responder a questões colocadas para aquele programa específico, e cujas respostas serão consideradas adequadas pela sua capacidade de resolver os problemas identificados, quanto ao mérito e melhorias possíveis, pelos grupos de interesse envolvidos ("*stakeholders*"), freqüentemente numerosos, e com perspectivas em geral não concordantes. Nessas abordagens, é possível observar menor interesse por questões etiológicas ou de causalidade de referenciais explicativas mais gerais e a priorização de sensibilidade e empatia maiores para com a "vida como ela é", a ser abordada por

metodologias "construtivistas", apoiadas em teorias "relativistas" do conhecimento (essa é uma das formas em que se fez presente no campo das avaliações um debate muito mais amplo e bastante complexo). No final dos anos 80, essa polarização entre o que se pode denominar de "ser cientista" e "ser solidário" mostrava-se de forma muito aguda na literatura, mas em publicações mais recentes é possível observar a busca de compromissos possíveis entre eles. De um lado, isso se traduz em uma abertura maior para a aceitação tanto de metodologias quantitativas quanto qualitativas em avaliações específicas, reconhecendo-as como possuidoras de especificidades próprias e complementares para a construção de um conhecimento e, por outro, há o reconhecimento da inevitável presença de algum referencial teórico ou conhecimento prévio, mesmo quando não explícito, e da interferência sobre o "natural" que qualquer metodologia provoca. Observa-se também a presença de preocupação, quando da discussão das avaliações de tipo para decisão e para gestão, para com a diferenciação entre a aproximação "intuitiva" da realidade, a inquirição sistemática e a pesquisa, velhos e eternos dilemas da busca da verdade e da utilidade, que mesmo quando declarados ausentes estão presentes. As avaliações para gestão podem ser encontradas nas avaliações de implantação e de impacto, basicamente, quando o objetivo é o monitoramento de algumas conclusões desenvolvidas por pesquisas de avaliação ou avaliações de decisão, ao se prever algum tipo de continuidade para a avaliação realizada.

Avaliação, gestão e garantia de qualidade em saúde

A idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo. Ou seja, uma avaliação tecnológica ter melhor custo-efetividade quer também dizer ter mais qualidade; desse ponto de vista, ou, na avaliação de um programa, o estabelecimento do mérito, por referência a determinados parâmetros, remete ao estabelecimento de uma qualidade. No entanto, na "avaliação, gestão e garantia de qualidade", esse conceito deixa de estar implícito, passando a ter uma função teórica e prática central, ao se constituir em um ponto de partida (e não mais de chegada) para todo o processo. Nessa perspectiva, a avaliação de uma tecnologia ou programa em que, de início, há o estabelecimento de uma qualidade que se constituirá no parâmetro de referência, a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados na avaliação, passa ser uma avaliação de qualidade. Contudo, são os serviços que mais freqüentemente têm se constituído em objeto para a avaliação de qualidade. Esse recorte preferencial pode ser melhor compreendido quando as origens e vinculações institucionais da avaliação de qualidade, bem como a sua estreita articulação com a gestão e garantia de qualidade, são identificados. É possível considerar que é a partir do desenvolvimento econômico capitalista e industrial que o valor de um produto passa a depender também do oferecimento de uma "garantia" de estabilidade no seu valor de uso, ou seja, de uma determinada qualidade. Os mecanismos para garantirem essa qualidade foram se modificando, acompanhando as transformações nos processos de produção industrial: a excelência dos agentes produtores da mercadoria, os sistemas de controle e fiscalização dos produtos, os sistemas de garantia da qualidade e a gestão ou controle total da qualidade. A partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores. Os serviços de saúde, um dos setores de maior expansão no período, foram igualmente envolvidos nesses movimentos, mais intensamente no setor privado, mas também no

setor público, quando então a avaliação da qualidade, freqüentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados, em particular nos Estados Unidos. Ainda que interligados, tanto a avaliação quanto a garantia e a gestão da qualidade têm seus referenciais teóricos e metodológicos específicos. Para a avaliação de qualidade, o autor mais importante é Donabedian, cujos primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos 60, mas que ganhou maior notoriedade mundial a partir do final dos anos 80. Seu ponto de partida é a definição do que estará sendo considerado qualidade, pois essa não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação por meio dos, por ele denominados, sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e eqüidade. Cada uma dessas dimensões deverá ser especificada, para dados contextos, pela identificação dos critérios mais adequados para aquela situação, dando conta das suas particularidades e, ao mesmo tempo, mantendo uma coerência entre si, pois apresentam uma interdependência e um movimento que vai do mais específico ao mais geral. Isso é, as dimensões consideradas mais técnicas condicionam as dimensões "interpessoais", mas ao mesmo tempo dependem delas para realizarem seu potencial. Além disso, os critérios e padrões podem estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade. São opções que deverão ser definidas para cada avaliação. Na dependência dos objetivos a serem alcançados pela avaliação da qualidade do serviço, ela poderá constituir-se em pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão. Os dados que compõem os instrumentos utilizados para a apreensão do objeto poderão dizer respeito às condições estruturais, ou seja, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais etc.), os dados relativos aos processos que definem essas práticas (consultas, internações, cirurgias, exames etc.) e as medidas que permitam a mensuração de resultados das mesmas (mortalidade, morbidade, medidas de qualidade de vida, notificações, tempo de internação etc.). As avaliações de qualidade mais conhecidas de Donabedian dizem respeito à atenção médica, com ênfase na efetividade, eficiência e otimização dos procedimentos e serviços, seguindo o padrão das pesquisas de avaliação, que implicam geralmente a utilização de variáveis estruturais, de processo e de resultado, ao estabelecer relações de causalidade. No entanto, o seu referencial teórico também tem sido utilizado para outros profissionais, modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas diversas. Contudo, é possível afirmar que há um maior aprofundamento nesse referencial teórico das condições de produção do conhecimento do que das suas condições de utilização, tomadas como quase implícitas. Por exemplo, constitui-se em um processo tipicamente "donabediano" a transformação de "*guidelines*" construídas a partir de estudos clínicos, avaliações tecnológicas e avaliações de programas, em critérios e padrões de qualidade para um determinado serviço; esses serão validados por uma pesquisa de avaliação e depois avaliados como instrumentos de monitoramento em uma avaliação para gestão, mostrando-se adequados ou não para compor um programa de garantia de qualidade em um serviço. Para cada um desses momentos, os objetivos e as metodologias que poderão viabilizá-los devem estar claramente definidos, não devendo ser valorizadas aquelas dimensões que dizem respeito às condições concretas dos serviços e que poderão interferir na incorporação desses conhecimentos. Observa o autor nos textos de Donabedian, uma certa desconsideração para com as condições operacionais, administrativas e de cultura organizacional. Outro referencial teórico importante de problematização da questão da qualidade em saúde, e que valoriza esses

aspectos, é a vertente mais fortemente articulada à gestão propriamente dita da qualidade, conhecida como Gestão da Qualidade Total GQT, quando então a avaliação é menos problematizada. Dessa forma, a fundamentação teórica das práticas e a sua correta tradução em normas, critérios e padrões é considerada como geralmente já disponível; sendo decisivos para a existência da qualidade como parte do cotidiano dos serviços, o desenvolvimento de mecanismos que promovam a adesão de tudo, e todos aos objetivos, definidos como prioritários, estabelecidos da forma mais participativa possível. Na gestão da qualidade, o tipo de avaliação desenvolvido é a avaliação para decisão, podendo também ser complementado com uma avaliação para gestão, com as características gerais apontadas anteriormente e com metodologias de apreensão da realidade muito próximas daquelas adotadas pelo planejamento estratégico-situacional, apesar das significativas diferenças no seu referencial teórico. Uma forma específica de avaliação, gestão e garantia de qualidade que tem se mostrado importante na área da saúde é o desenvolvimento de "sistemas de acreditação", basicamente para hospitais, mas com recentes propostas de sua extensão para redes de serviços de saúde; articula esses três momentos, constituindo-se em uma forma combinada de avaliação para decisão e avaliação para gestão. O país onde essa proposta se desenvolveu originalmente foi os Estados Unidos, ainda nos anos 20 e 30, por iniciativa de associações profissionais médicas, que procuravam desenvolver instrumentos que lhes garantissem condições mínimas de atuação profissional, face aos interesses dos proprietários dos hospitais privados. Tratava-se, portanto, de uma modalidade de defesa profissional, fortemente inserida na lógica geral de atuação profissional e de organização do sistema de atenção à saúde americana. Em períodos mais recentes, passou a ser considerado também um instrumento importante para a inserção institucional no mercado pelos hospitais privados, bem como um mecanismo de padronização e garantia de qualidade básica pelos gestores do setor público. O conceito obtido nessa avaliação e a participação no sistema de monitoramento posterior constituem um dos mais importantes instrumentos formais de garantia de qualidade para os hospitais americanos e parte ativa na negociação de acordos financeiros, busca de clientela e acordos de trabalho com os profissionais. Mais recentemente, Austrália e Canadá têm desenvolvido propostas semelhantes, em sistemas de saúde com lógicas bastante diversas, em que há uma grande participação do Estado na organização da atenção à saúde, mas nos quais essa característica de delegação da avaliação das instituições hospitalares a uma organização externa, fora do setor público, tem se mostrado aceitável e até desejável. Isso já não acontece na Grã-Bretanha, um país que apesar de também ser anglo-saxão (pois em países com cultura latina esse tipo de prática é considerado ainda mais difícil de ser aceito) tem uma tradição de gestão pública, de um lado, e de autonomia profissional, de outro, diversa.

Avaliação em saúde no Brasil

O eixo da análise desenvolvida no presente artigo procurou, ao identificar tipologias e modalidades de práticas na avaliação à saúde, localizá-las também em momentos e contextos históricos específicos, por considerá-los parte do seu processo de desenvolvimento. Nesse sentido, é importante reconhecer que a inserção das propostas e práticas de avaliação em saúde em contextos diversos daqueles nos quais foram gerados, ao serem "ideias fora de lugar", necessitam de uma reinterpretação e resignificação para poderem fazer sentido.

No Brasil, não existiram, nem existem, os profissionais e as práticas institucionais tal qual apontadas para os países desenvolvidos e, principalmente, para os Estados Unidos. No entanto, ocorreu também no País grande expansão de atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de modelos assistenciais diversos e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde, condições favoráveis para que propostas de racionalização das decisões e das práticas

encontrassem espaço. Contudo, as condições econômicas e sociais, as práticas políticas, a organização profissional, as culturas organizacionais são muito diferentes, o que levou a uma incorporação muito distinta dos diversos tipos de avaliação. É possível dizer que as avaliações e alternativas metodológicas diversas fazem parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão. No setor público, pela atuação da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas e, até agora, um mais discreto interesse pelas avaliações de qualidade e tecnológicas. No setor privado, observa-se interesse maior pelas propostas de gestão e garantia da qualidade, além de existirem sistemas de acreditação e monitoramento de hospitais em atividade, que poderão ser incorporados pelo setor público hospitalar (NOVAES, 2000).

3 OBJETIVOS

Geral

- Avaliar a implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina, na zona leste do município de São Paulo.

Objetivos específicos

Verificar:

- O conhecimento dos profissionais do programa sobre as leis, normas e diretrizes estabelecidas para a saúde bucal na Atenção Básica;
- Se os processos de trabalho estão se desenvolvendo adequadamente com as leis, normas e diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;
- Se a estrutura estabelecida, nos consultórios odontológicos das unidades de saúde, permite a operacionalização do trabalho de acordo com as leis, normas e diretrizes.

4 MATERIAL E MÉTODO

Caracterização do Programa de Saúde Bucal (objeto da avaliação)

Dados de identificação

Nome do Programa: Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina – S.P.

Objetivo geral: Ampliar o acesso para a população aos serviços públicos odontológicos na zona leste do município de São Paulo.

Objetivo específico:

Acolher os usuários, oferecendo ações assistenciais e educativas em saúde bucal.

Público alvo: População cadastrada nas Unidades Básicas de Saúde administradas pela Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina, na zona leste do município de São Paulo.

Data da criação/início da execução: Oficialmente a sua criação foi através da Portaria Ministerial nº 1.444 de 28 de Dezembro de 2000, porém sendo executado através do convênio com a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo desde Setembro de 1998.

Razão da entrada na agenda governamental: Baixíssimo índice de acesso aos serviços públicos odontológicos pela população.

Cobertura atual: Aproximadamente 200.000 habitantes

Área de atuação: Zona leste do município de São Paulo nas Supervisões de Saúde de Ermelino Matarazzo, Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaim Paulista, Penha, São Mateus e São Miguel Paulista.

Nº de equipes habilitadas no Ministério da Saúde: 25

Nº de Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal: 22

Recursos humanos do Programa na região: 45 Cirurgiões Dentistas; 32 Auxiliares de Consultório Dentário; 6 Técnicos de Higiene Dental.

Fontes de recursos: Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de São Paulo.

Execução orçamentária e financeira: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Segundo relatório da Universidade Estadual de Campinas (1999), avaliar um programa necessita de um conhecimento profundo do seu desenho e do seu modo de implementação na teoria e na prática. Perguntar como esse programa funciona é a forma para conhecê-lo, porém, antes de mais nada, é necessário caracterizá-lo. A Caracterização contudo, é uma tarefa muito difícil tendo em vista a incorporação de variados estilos, pessoas e componentes, o que pode tornar esta tarefa uma grande batalha.

O autor apresenta a seguir, as linhas gerais do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família Santa Marcelina caracterizando o objeto foco da avaliação em sua dimensão técnico-operacional. Porém, entende como necessário também um delineamento dos aspectos normativos e éticos que embasam e permeiam respectivamente a proposta, já anteriormente discutidos na revisão de literatura .

Dimensão Normativa

Nesta dimensão encontra-se o arcabouço legal que sustenta a implantação e implementação do Programa de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. O autor faz apenas a citação das principais leis, normas e diretrizes.

A fundamentação legal para o desenvolvimento das ações de saúde bucal na atenção básica tendo como modelo estruturante a Estratégia Saúde da Família, está contida nos seguintes documentos:

- Constituição Federal e Leis Complementares 8.080/90 e 8.142/90
- Normas Operacionais do Ministério da Saúde
- Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/1.997 (Programa Saúde da Família)
- Portaria nº 1.444, de 28/12/2.000 (Saúde Bucal no Programa Saúde da Família)
- Pacto pela Saúde
- Política Nacional de Atenção Básica
- Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal no Município de São Paulo

Dimensão ética

Seria incompleto descrever um programa de saúde sem minimamente abordar a importância das relações profissional-usuário, profissional-profissional e serviço-usuário, principalmente quando o serviço em questão pretende primar pela humanização da assistência. O autor abordou, através da revisão da literatura, alguns aspectos relacionais desta complexa dimensão, na tentativa de apontar as

situações e momentos deste relacionamento no dia a dia de um serviço de saúde, que geram a necessidade de uma reflexão profunda e permanente de todos os envolvidos, no sentido de tentar minimizar qualquer ato eventual, que possa agredir de qualquer forma a qualquer uma das partes. Entende o autor que este exercício reflexivo permanente aprimora as relações através do respeito e fortalece o vínculo entre o prestador de serviço e usuário do sistema e entre os membros da equipe de saúde.

Dimensão Técnico-operacional

A construção de um plano de ação

Semelhante à trajetória para inserção dos profissionais da área de Odontologia entre os componentes das equipes mínimas, foi o processo para a construção de uma proposta de ação para a saúde bucal, fundamentada nas diretrizes gerais do Programa de Saúde da Família, tendo como componentes estruturais:

- Capacitação dos ACS e dos demais membros da equipe, em questões relativas a Odontologia.
- Educação continuada dos profissionais de Odontologia;
- Planejamento das ações em bases territoriais e epidemiológicas.

Assim, o modelo de atenção em saúde bucal para o PSF Santa Marcelina é o resultado da combinação desses componentes, os quais definem a estratégia de ação. As ações mais simples da atenção básica e de maior abrangência

populacional, com caráter de promoção da saúde bucal, deverão ocorrer em todas as unidades, mesmo naquelas que não contam com recursos humanos e materiais específicos da Odontologia. O objetivo é manter fora do risco a população “aparentemente saudável” e reverter para esse grupo a população “em risco de adoecer”. A eficácia e a efetividade dessa abordagem sustentam-se na capacitação em saúde bucal dos ACS e no acompanhamento sistemático favorecido e facilitado pelo cadastro das famílias, pelas fichas utilizadas nas visitas domiciliares e anotações e impressões colhidas pelo agente.

As ações da atenção básica, que pressupõem a utilização de equipamentos, insumos e profissionais da Odontologia, ocorrem nas UBS já adequadas com módulo odontológico. Cabe à gerência e às equipes de saúde da família de cada unidade, analisarem o perfil de saúde bucal da população adscrita, segundo critérios epidemiológicos e de risco, e elaborarem o seu plano de ação de forma a atender a todos os cadastrados. A cada realidade local corresponderá um grupo de prioridades que direcionarão tanto as ações de cunho individual quanto as de cunho coletivo.

O conceito de Procedimentos Coletivos foi redefinido no PSF Santa Marcelina, pois os locais onde ocorrem as ações dessa natureza já não estão restritos a espaços sociais institucionais reconhecidos, tais como creches, escolas e fábricas. Os mais diversos grupos, prioritários ou não, podem ser submetidos a um ciclo anual de procedimentos de cunho coletivo, monitorados pela ESF. O próprio domicílio deve ser caracterizado como um “ambiente coletivo” onde se promove saúde, considerando-se que nele reside a família, mensalmente visitada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Plano de Ação para a Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família Santa Marcelina

A Estratégia Saúde da Família, advêm de experiências que começaram a surgir em vários municípios brasileiros que, por sua vez, viriam a ser reconhecidas como estratégias de fortalecimento da política nacional de saúde, conforme preconizado na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica da Saúde. Tem o objetivo principal de reafirmar os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a eqüidade, apresenta também bases conceituais da "Vigilância da Saúde", tais como: planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico; a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção da saúde.

Baseado nos objetivos do Programa Saúde da Família, o modelo de atenção à saúde bucal proposto para o PSF Santa Marcelina é o resultado, em nível de planejamento, da análise epidemiológica da distribuição das doenças bucais em cada um dos territórios das unidades de saúde. Essa análise considera a distribuição das doenças bucais de maior prevalência nas diversas faixas etárias para direcionar os diversos níveis de atividade fundamentados no contexto da eqüidade. Tais ações terão impacto sobre toda a população, desde o controle exercido sobre a fluoretação das águas de abastecimento público até ações voltadas para grupos específicos prioritários. As ações de atenção em saúde bucal das unidades de saúde devem ser planejadas de forma que cada uma delas possa desenvolver suas atividades de acordo com as especificidades peculiares a cada território, tanto no que diz respeito a questões epidemiológicas, quanto à composição dos recursos humanos em cada espaço. Dessa forma, as ações de

menor complexidade, de maior abrangência populacional com caráter de promoção da saúde bucal deverão ocorrer em todas as unidades de saúde, mesmo naquelas que não contam com recursos humanos e materiais específicos. Essa aproximação à realidade da saúde bucal da população e a implantação de atividades em diversos níveis, é possível no PSF por meio da capacitação dos ACS. Destacam-se nesse processo o acompanhamento sistemático de grupos de crianças de zero a cinco anos, gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos com o diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal. As ações de maior complexidade, que pressupõe a utilização de tecnologia pesada, ocorrerem nas unidades já adequadas com consultório odontológico instalado. A cada realidade local corresponde um grupo de prioridades que direcionam tanto as ações individuais e curativas quanto as de cunho coletivo. O próprio domicílio pode ser caracterizado como um ambiente coletivo onde se promove saúde bucal, considerando-se que nele reside o núcleo familiar, monitorado pela equipe de saúde.

Unidades com equipes de Saúde Bucal

Bases para uma aproximação à realidade local

Segundo Bourget (2005), o planejamento é uma seqüência de procedimentos sistematizados, através dos quais pretende-se transformar uma situação indesejada em outra, desejada. É um processo no qual os problemas de uma organização ou setor são identificados e resolvidos, permitindo assim, um funcionamento mais adequado com a realização de uma seqüência de procedimentos que favoreçam o

alcance de maior eficiência. O ponto de partida é sempre um bom conhecimento da realidade, sendo esta condição entendida como diagnóstico de situação, que se pretende transformar com a realização deste processo.

Um dos componentes de sustentação das programações da Saúde Bucal no PSF está fundamentado na análise epidemiológica das doenças bucais em cada um dos territórios. Antes é preciso enfatizar que no contexto das diretrizes e pressupostos definidos pelo Ministério da Saúde, o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território é o cadastro de famílias de cada UBS através da ficha “A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É recomendável que todos os profissionais que compõem cada ESF se apropriem dessas informações antes de qualquer nível de planejamento e intervenção. Nele estão contidas informações básicas sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social. Esses dados, aliados aos epidemiológicos, subsidiam o planejamento ao indicarem marcadores de risco aos mais diversos agravos, sejam eles agudos ou crônicos. As informações contidas no cadastro são essenciais para que as ações planejadas pelas ESF sejam direcionadas aos problemas mais relevantes e possam intervir na realidade de saúde destas famílias.

Para que se trabalhe dentro do princípio de eqüidade, garantindo atenção privilegiada onde e para quem ela se verifica necessária, aos dados do cadastro devem ser somadas informações epidemiológicas da população adscrita à área de abrangência da unidade de saúde. Nesse sentido, é primordial o conhecimento da epidemiologia dos processos de saúde/doença bucais em cada um dos territórios cobertos pela estratégia. A aproximação e o reconhecimento da realidade local da população em termos de saúde bucal deve ser rotina em todas as unidades de saúde, transformando-se assim, em mais um subsídio para o dimensionamento dos

recursos humanos e materiais destinados a unidades que ainda não contam com o serviço.

Para a equipe de Saúde Bucal, a Estratégia Saúde da Família é um momento ímpar de exercício de planejamento em bases epidemiológicas e implementação de ações que perpassam o sistema tão negligenciado em programações de saúde: “começo, meio e fim”. O “fim” será sempre entendido como manutenção e possibilidade de superação de patamares atingidos. A população é cadastrada, o território é definido, condições sociais, políticas, econômicas e ambientais são ponderadas.

Nessa primeira etapa de planejamento, a cárie, as doenças periodontais e as condições de tecidos moles da cavidade bucal foram eleitos como objetos de estudo e intervenção, em nível preventivo e de tratamento. Índices clássicos da saúde pública foram simplificados para obtenção de uma fotografia rápida da distribuição das doenças bucais nos cadastrados dos diversos territórios. Esse processo, no PSF Santa Marcelina, é denominado “triagem dos cadastrados”. Oficinas para alinhamento de conceitos são realizadas previamente às triagens. O arcabouço para a implementação das ações será sempre o discutido anteriormente: Capacitação dos ACS, Educação Permanente das equipes de saúde e Planejamento das ações em bases territoriais e epidemiológicas.

Organização da demanda - Triagem dos cadastrados

Tornar as ações de Saúde Bucal universais e eqüânimes com ampla cobertura e alta rotatividade, mostrou-se como o principal desafio das equipes formadas. Partindo destes pressupostos vislumbrou-se como alternativa a realização

de triagem da população cadastrada, em relação às doenças bucais mais prevalentes (cárie, doença periodontal) e alterações dos tecidos moles visando a prevenção do câncer bucal. A triagem por sua vez deve ser realizada de forma simples, que permita a verificação rápida das condições de saúde bucal da população cadastrada. A estratégia de triar as famílias cadastradas classificando seus componentes em faixas de risco, foi adotada como forma de planejar o agendamento das prioridades para o tratamento, fazendo com que apenas as pessoas com reais necessidades de tratamento curativo ocupem um lugar na cadeira odontológica e que os indivíduos sem necessidades de tratamento clínico, recebam orientações de saúde bucal e fluorterapia conforme sua classificação de risco. Essa metodologia possibilita que os cirurgiões-dentistas foquem suas atenções às famílias com maior risco de adoecimento, direcionando os usuários aparentemente saudáveis ou com baixo e médio risco de adoecer para ações que são desenvolvidas pela equipe auxiliar formada por Auxiliares de Consultório Dentário e o Técnico de Higiene Dental ou mesmo o Agente Comunitário de Saúde.

O Processo de Triagem

As triagens ocorrem nas unidades de saúde ou espaços sociais da comunidade. Para a triagem, cada Agente Comunitário de Saúde se encarrega de convocar de 30 a 50 famílias, seguindo a sua ordem de cadastro, ou seja, cada ACS convoca em média, considerando 50 famílias, 200 pessoas. Levando-se em conta que cada UBS conta geralmente com 5 áreas e 25 agentes comunitários, considera-se que em cada triagem são convidadas aproximadamente 5.000 pessoas. O ACS deve entregar os convites para a triagem das famílias com no mínimo 30 dias de

antecedência, durante a sua programação de visitas domiciliares mensais, não acarretando desta forma em uma atividade extra. Os cadastrados são convidados em horários escalonados, de forma a permitir a realização de grupos de orientação relativos à saúde bucal, imediatamente antes da triagem. Logo após às orientações em grupo, as famílias são examinadas e as informações relativas à saúde bucal de cada indivíduo são registradas em impresso próprio, disponível no ANEXO A (planilha de triagem). A partir do registro dos dados na planilha de triagem é possível obter dados relativos às necessidades apresentadas pelos cadastrados em relação à cárie, doença periodontal e condições dos tecidos moles bucais, permitindo estimar o período de tempo que será necessário a este ciclo de atendimento, viabilizando portanto o planejamento dos vários eventos necessários até que se tenha finalizado todas as famílias cadastradas da área.

Com a consolidação dos dados obtêm-se a situação do coletivo, verificando a distribuição das principais doenças bucais entre os cadastrados. Essas informações são importantes também para dar início às atividades preventivas e curativas, priorizando para o atendimento clínico os indivíduos que dele mais necessitam. A classificação também permite realizar atividades em grupo, de acordo com o risco às doenças bucais, dando maior enfoque dentro das necessidades de cada grupo. Mas não só as equipes de Saúde Bucal fazem uso da triagem em suas ações. Devido ao grande número de pessoas que comparecem ao evento, outras categorias aproveitam para realizar atividades coletivas ou atualizar dados sobre as famílias ali presentes. É comum, por exemplo, a presença de um auxiliar de enfermagem da equipe envolvida, conferindo a carteira de vacinação das crianças ou um enfermeiro organizando um grupo de adolescentes enquanto aguardam a sua vez de passar pela triagem.

Planejamento do trabalho a partir dos dados da triagem - Classificação dos grupos populacionais.

Para implementação das atividades de caráter preventivo e curativo, considerando o princípio da eqüidade, propõe-se uma classificação dos indivíduos em grupos populacionais, baseada no risco biológico e familiar quanto às doenças bucais de maior prevalência (cárie e doença periodontal) e condições de tecidos moles, e direciona-se os recursos humanos para o cumprimento de suas atribuições dentro do protocolo de atenção em saúde bucal. Essas classificações permitem definir a terapêutica preventiva e/ou curativa adequada a cada grupo, assim como determinam grupos prioritários ao atendimento clínico e coletivo. Portanto, existem diversas formas de acesso ao serviço de Saúde Bucal, tais como: o rastreamento de risco às doenças bucais das famílias, o acompanhamento das prioridades (menores de cinco anos, gestantes, hipertensos e diabéticos), a demanda espontânea e os procedimentos coletivos em saúde bucal, entre outros.

Segundo o plano de ação do PSF Santa Marcelina que serve de instrumento para o planejamento local das ações de cada UBS, a população cadastrada a cada área de abrangência deve ser classificada em quatro grupos: População aparentemente saudável, em risco de adoecer, doente e com seqüelas.

Para a Saúde Bucal, considerando as diretrizes municipais para classificação de indivíduos segundo graus de ataque de doenças, propõe-se o seguinte reagrupamento:

- ♦ População aparentemente saudável:

Cárie Dentária: Grupos A e B

Doença Periodontal: Grupo 0

Tecidos Moles: Grupo 0

- ♦ População em risco de adoecer:

Cárie Dentária: Grupo D

Doença Periodontal: Grupos 1 e 2

Tecidos Moles: Grupos 1 e 2 sem confirmação de diagnóstico

- ♦ População Doente:

Cárie Dentária: Grupos E e F

Doença Periodontal: Grupos 6 e 8

Tecidos Moles: Casos confirmados por exame anatomopatológico nos grupos 1 e 2

- ♦ População com seqüelas:

Cárie Dentária: Grupo C

Doença Periodontal: Grupo B

Tecidos Moles: Seqüelas pós-tratamento, medicamentoso, cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico, se necessário, dos indivíduos dos grupos 1 e 2.

A partir da triagem é possível agrupar os indivíduos de acordo com suas condições de saúde bucal, permitindo oferecer cuidados diferenciados aos diversos grupos. Essa estratégia possibilita organizar a demanda oferecendo atenção não apenas à população doente, mas atuando efetivamente na população

“aparentemente saudável”, na população “em risco de adoecer” e também na população “com seqüelas”.

As triagens permitem direcionar os indivíduos aos grupos, ou atendimento clínico individual de acordo com as necessidades apresentadas, e para o profissional, de acordo com a complexidade que seu tratamento exige.

Assistência odontológica em fases

Em decorrência da falta de acesso histórico à assistência odontológica no Brasil, é comum em um primeiro contato, as equipes encontrarem famílias inteiras que nunca receberam este tipo de assistência. Os problemas acumulados se apresentam tão expressivos, que inviabilizam o acesso imediato até mesmo aos priorizados. Diante dos dados da realidade encontrada, um tratamento odontológico convencional demandaria um tempo muito grande para ser realizado, reproduzindo um modelo assistencial de baixíssima cobertura. Com a perspectiva da adequação do meio bucal esse tempo ficaria reduzido, dando uma excelente perspectiva de alta cobertura para o controle da doença. Verificando-se essa limitação, considerou-se que: se não é possível efetuar a assistência familiar com tratamentos completos a todos que dele necessitam de imediato, também não é justo realizar procedimentos mais sofisticados em alguns, enquanto a maioria não tem acesso aos procedimentos básicos. Baseando-se nesse princípio e dependendo da demanda, dos recursos humanos e materiais, a região ou a unidade de saúde, podem optar por estabelecer o tratamento em duas fases. Isso é particularmente indicado para regiões onde se iniciará o PSF. Na primeira fase não são realizados os procedimentos clínico-

curativos/restauradores convencionais, mas o controle das doenças bucais como prioridade, por meio da “adequação de meio”, com remoção de focos de infecção, selamento de cavidades e fluorterapia racional intensiva, associados ao tratamento periodontal, dependendo das necessidades individuais, objetivando o controle da cárie e doença periodontal. Nesta fase é utilizada a Técnica de Restauração Atraumática e as afecções em tecidos moles também devem ser resolvidas.

O trabalho dividido em fases permite uma organização de demanda que possibilita uma extensão de cobertura rápida, evitando que os problemas se agravem no decorrer da espera para o tratamento. Esse método possibilita a interrupção da história natural da doença, através de procedimentos básicos, associados a medidas educativas e preventivas com o acompanhamento domiciliar.

Levando-se em conta a simplicidade dos procedimentos propostos na primeira fase, permite-se uma maior agilidade e rotatividade das famílias a serem atendidas, que automaticamente ao término dos procedimentos iniciais passarão para uma fase de acompanhamento e controle da doença, atividade essa que pode ser realizada por profissionais auxiliares devidamente treinados, através de atividades em grupo (orientação educativa, escovação supervisionada) e pelos ACS devidamente capacitados, durante as visitas domiciliares.

A proposta foi implantada com o objetivo de alcançar melhores níveis de saúde bucal para todos os cadastrados para, posteriormente, de forma progressiva, complementar-se o tratamento com restaurações convencionais e atividades de maior complexidade, porém com a doença sob controle nesta população.

A segunda fase só se inicia após todos os cadastrados terem sido atendidos em primeira fase, onde se espera que estejam em situação de controle da evolução das doenças bucais. A triagem de segunda fase tem o seu desenvolvimento logístico

idêntico à triagem de primeira fase, porém, a situação encontrada se diferencia por tratar-se da segunda vez que algumas famílias são observadas. A doença em muitos casos se mantém controlada após as ações de primeira fase e neste momento a equipe já pode se planejar para realizar a troca do material restaurador adotado na primeira fase, que tinha função de controle do meio, para um material mais resistente considerado definitivo, restabelecendo função e estética, embora a realização de restaurações também não garanta o caráter definitivo do procedimento. Esse caminho é novo, a resistência não vem apenas da formação, mas também pelo acúmulo de uma prática ineficaz no decorrer dos anos. Mas é preciso estar aberto ao novo, pois o modelo de prática hegemônico no país não foi capaz de trazer melhores níveis de saúde bucal para a maioria da população e nem é esse o objetivo dessa prática, mas é o objetivo do PSF. Sendo portanto diferentes os objetivos a serem alcançados é natural que os meios para atingi-los também sejam distintos. Essa nova abordagem é fruto de um esforço coletivo, na busca de novas soluções, onde o processo de construção do novo vem apoiado em experiências que apontam na busca de melhores condições de saúde bucal para os cadastrados e onde as experiências que detenham um saldo positivo, em questão de saúde bucal, devam ser valorizadas.

Abordagem em grupo educativo

O PSF Santa Marcelina procura dar ênfase às atividades educativas e preventivas na sua rotina de trabalho, acreditando que essas ações são as mais indicadas para modificar o perfil da saúde bucal dos cadastrados, oferecendo

benefícios crescentes a curto, médio e longo prazo. As atividades educativas e preventivas são oferecidas a todos os cadastrados.

Para todos os grupos (exceto odonto-bebê), são trabalhadas questões relativas a interferência da saúde bucal em relação à saúde geral dos indivíduos (endocardites bacterianas, dores, infecções, abscessos etc); a interferência das doenças crônicas na saúde bucal; a importância da higiene bucal na prevenção de doenças bucais; a importância da dieta na prevenção de doenças bucais; a orientação sobre a maior predisposição à doença periodontal na idade adulta; a adequação da técnica de escovação utilizada pelo indivíduo, tendo como objetivo o máximo de remoção de placa, com o mínimo de trauma às estruturas bucais; aos tipos de escovas mais indicadas para limpeza dos dentes e próteses, orientando sobre os cuidados com próteses totais e parciais; ao uso do creme dental e do fio dental; a orientação sobre os prejuízos da auto-medicação realizada com a finalidade de resolver problemas odontológicos (incluindo a contra-indicação de enxaguatórios bucais sem a prescrição médica ou odontológica); a orientação sobre os fatores de risco ao câncer bucal (tabagismo, etilismo, exposição a radiações solares etc.) e a importância do auto-exame na identificação das lesões iniciais; a informação de que a ausência de dentes não exclui a necessidade de exames periódicos da cavidade bucal do indivíduo; ao papel do indivíduo como multiplicador de informações na família e na comunidade.

Saúde Bucal e prioridades

Embora a principal porta de entrada para o serviço seja através das triagens, as equipes oferecem atenção às prioridades de uma forma contínua, através da participação dos profissionais da área em grupos multidisciplinares dirigidos à atenção a saúde bucal das gestantes, crianças, portadores de diabete, hipertensão arterial, tuberculose e hanseníase. Apesar do fato de casos de tuberculose e hanseníase apresentarem significativa prevalência, o número absoluto de casos por equipes na região não justifica o estabelecimento de rotinas específicas, porém, uma vez identificado o portador destas condições, este entra imediatamente para a agenda de atendimento odontológico. Após o grupo, os profissionais se disponibilizam para realizar a avaliação da condição de saúde bucal dos participantes, e verificada a necessidade de atendimento clínico, o indivíduo é prontamente agendado.

Gestante

Avaliação das condições de saúde bucal de todas as gestantes, procurando identificar situações de urgência ou emergência, ou simples presença de doença, que possam por em risco a saúde da gestante e do bebê. Todas as gestantes que apresentem necessidades de atendimento clínico são agendadas prontamente. Realização de atividades educativas dirigidas às gestantes que informam sobre as alterações bucais durante a gestação; o atendimento odontológico durante a gestação; orientações sobre dieta, abordando a importância dos hábitos alimentares

familiares e a importância dos mesmos na saúde bucal da criança; importância da amamentação para o desenvolvimento harmônico das arcadas e prevenção de hábitos perniciosos.

Criança/odonto-bebê

Desde o início da implantação da Saúde Bucal no PSF Santa Marcelina, houve a preocupação de oferecer atenção à saúde bucal o mais precocemente possível. Os resultados observados nas triagens têm demonstrado que em média 65% das crianças entre 0 e 5 anos de idade estão livres da cárie dentária nos territórios cobertos pelo PSF. Fica claro que medidas de manutenção dessa condição de higidez devem ser implementadas o mais rapidamente possível. Entretanto, o grande desafio das equipes assenta na promoção de saúde bucal num grupo que ainda não pode ser considerado sujeito da ação – os bebês. Há interlocutores, pais ou responsáveis, que devem ser estimulados para compartilharem com as equipes as responsabilidades.

As ESF afastam-se do modelo acadêmico que tem se apropriado de domínio da tecnologia clínica para debruçarem-se sobre o pouco vivenciado espaço dialógico dos modelos de educação em saúde, cujo resultado final, em tese, no grupo de bebês, deverá ser a manutenção do estado de boa saúde a partir da prática dos “bons hábitos”. Com esse objetivo, os pais (ou responsáveis) de todas as crianças cadastradas são convidadas pelos ACS a participar de atividade em grupo, que têm procurado abordar as questões relativas a saúde bucal para essa faixa etária.

Os temas abordados são:

Importância da amamentação: para o desenvolvimento harmônico das arcadas dentárias; como prevenção de hábitos perniciosos.

Importância dos cuidados precoces em saúde bucal: Dentes recém erupcionados são mais susceptíveis à cárie; dificuldades de aceitação do tratamento devido à idade; fortalecimento da posição da mãe no sentido de que ela é capaz de contribuir de uma maneira efetiva na saúde bucal de seu filho.

Importância da dentição decídua: ausência de dor; ausência de focos infecciosos; maior probabilidade de ter a dentição permanente sadia; prevenção a problemas ortodônticos; estética e fonética; função mastigatória.

Importância da Placa bacteriana x Higiene Bucal: O que é placa bacteriana e como removê-la; locais de maior acúmulo de placa bacteriana; a higienização prazerosa; estímulos positivos (ex. pais e irmãos realizarem a escovação na presença da criança). Como realizar a limpeza de acordo a idade da criança (técnicas); como escolher a escova mais adequada; uso de fio dental em crianças.

Contaminação: Cárie como uma doença transmissível; as maneira de evitar a contaminação através bons hábitos de higiene oral, evitando não só a cárie mas também outras doenças bucais.

Hábitos alimentares perigosos para a saúde bucal: Esclarecer quanto aos prejuízos das mamadas noturnas, ou mesmo do hábito de dormir sem realizar a higienização oral adequada; informar que o leite materno também é cariogênico, embora a amamentação natural deva ser estimulada; alertar que um alto percentual de crianças que realizam a mamada noturna apresentam cárie na primeira infância.

Importância do controle da dieta: Aproveitar a fase onde as crianças ainda não estão com os hábitos alimentares prejudiciais instalados para educá-las com hábitos

alimentares sadios em horários regulares e dietas menos cariogênicas; orientar para a oferta gradativa de alimentos mais rígidos, estimulando dessa maneira a mastigação, promovendo um bom desenvolvimento das estruturas orofaciais.

Importância do uso racional do Flúor: Tópico e/ou Sistêmico; dentifrícios com flúor (indicações e cuidados); efetividade (flúor mais efetivo em baixas concentrações e alta freqüência e, adequado ao risco de cárie).

Hábitos Perniciosos: Sucção de chupeta; sucção de dedo; posturas inadequadas ao dormir; respiração bucal; mostrar a necessidade de intervir nestes hábitos, porém não uma maneira adequada e não agressiva.

Medicamentos: Alertar sobre o açúcar presente nos medicamentos de uso pediátrico, e quais os cuidados a serem tomados; alertar sobre o uso de medicamento sem prescrição médica.

Os pais e/ou responsáveis, devem ter bem claro quais são os fatores de risco aos quais a criança está exposta, como ausência de higienização, alta freqüência de ingestão e de carboidratos, amamentação noturna e contaminação, para poder minimiza-los.

Após a participação em grupo, cada uma das crianças é examinada e classificada de acordo com o risco de cárie. A ficha clínica apresenta um quadro que procura avaliar os hábitos da criança para facilitar a classificação de risco, uma vez que, embora a criança não apresente cavidades de cárie no momento do exame, pode apresentar um conjunto de hábitos de risco para o desenvolvimento da doença, Walter e Nakama (2005).

Mensalmente, as ESF recolhem e analisam as fichas de visitas domiciliares específicas para coleta de dados relativos à saúde bucal dos bebês. Essa análise

das fichas permite agrupar os bebês que aparentemente têm o equilíbrio da condição saúde/doença bucal ameaçado pelo mesmo fator ou fatores de risco acima citados. Na seqüência, é programada uma atividade de grupo com os pais ou responsáveis, enfocando de maneira problematizadora a referida condição de risco, buscando compartilhar com as famílias a responsabilidade sobre a saúde bucal dessas crianças. Salienta-se que se for identificada a necessidade de atendimento clínico a criança é agendada para realização dos procedimentos necessários.

Saúde bucal do portador de diabete

Avaliação das condições de saúde bucal dos indivíduos portadores de diabetes é uma prioridade no PSF Santa Marcelina, procurando identificar situações de urgência, emergência ou simples presença de doença bucal, que possa provocar um agravamento da doença crônica, ou trazer outros riscos à sua saúde:

- Procurar identificar o uso de medicamentos que podem estar interferindo no fluxo salivar e conseqüentemente alterando o risco às doenças bucais, tornando necessário intensificar as medidas preventivas.
- Controle da ansiedade e stress dos pacientes que são submetidos aos procedimentos clínicos.
- Realização de atividades educativas dirigidas aos portadores de diabetes, que além de abordarem os conteúdos anteriormente apresentados, informem sobre:
    - A importância do controle da diabete para a realização dos procedimentos odontológicos;

- Alertar que as más condições de saúde bucal podem interferir no controle da doença.
- Orientar sobre a maior predisposição às doenças bucais em decorrência da diabete, necessitando maiores cuidados preventivos, principalmente em relação à doença periodontal.

Saúde bucal do portador de hipertensão

Avaliar as condições de saúde bucal dos indivíduos portadores de hipertensão arterial, como prioridade, procurando identificar situações de urgência, emergência ou simples presença de doença que possam provocar um agravamento da doença crônica, ou trazer outros riscos à sua saúde.

- Procurar identificar o uso de medicamentos que podem estar interferindo no fluxo salivar e conseqüentemente alterando o risco às doenças bucais, tornando necessário intensificar as medidas preventivas;
- Estabelecimento como rotina, da aferição da pressão arterial antes dos procedimentos odontológicos;
- Controle da ansiedade e o estresse dos pacientes que serão submetidos aos procedimentos clínicos;
- Realização de atividades educativas dirigidas aos portadores de hipertensão, que além de abordarem os conteúdos anteriormente apresentados, informem sobre:

- A importância do controle da pressão arterial para a realização dos procedimentos odontológicos.

Demanda espontânea

A oferta de serviço de saúde inevitavelmente gera demanda espontânea. As equipes acolhem este tipo de demanda independentemente do fato do indivíduo pertencer ou não à área adscrita. Constatada a urgência para o atendimento, o mesmo é prontamente instituído. Caso o usuário seja cadastrado e o profissional verifique a necessidade de dar continuidade ao tratamento no menor espaço de tempo, o mesmo é agendado, caso contrário é orientado a aguardar nova triagem. Os usuários que não estão cadastrados na unidade, após atendida sua eventual necessidade urgente, são orientados a procurar o atendimento próximo à sua residência, para que isto não se torne um hábito rotineiro, gerando distorções no atendimento programático, o que consideramos nocivo ao planejamento do acesso e à organização da demanda de usuários cadastrados.

Visitas domiciliares

Entre as atribuições de todos os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, configura-se a visita domiciliar. Tal atividade favorece o contato dos profissionais com a população residente na sua área de atuação e permite oferecer cuidados domiciliares aos indivíduos que deles necessitem. Os cuidados domiciliares em saúde bucal envolvem ações de promoção, prevenção e

dependendo do caso, o atendimento odontológico domiciliar. Tratando-se de indivíduo acamado ou restrito ao lar, as ações de promoção da saúde e de prevenção às doenças são realizadas preferencialmente no domicílio, por profissionais auxiliares, dirigidas aos indivíduos e/ou a seus cuidadores.

Considerando a complexidade envolvida no atendimento odontológico domiciliar, no PSF Santa Marcelina o primeiro passo a ser dado em tal direção é a visita domiciliar realizada pelo cirurgião-dentista aos indivíduos que necessitam, identificados pela equipe. Tal visita tem o objetivo de verificar as condições de saúde bucal destes indivíduos e, constatada a necessidade de tratamento odontológico, o cirurgião-dentista juntamente com a equipe, deve avaliar todo o contexto, de forma a buscar a melhor solução para o caso. Salienta-se que, havendo possibilidade, sempre é dada preferência para que o atendimento clínico seja realizado na unidade de saúde, tendo em vista que esta dispõe de mais recursos para oferecer um atendimento de qualidade.

Em decorrência da diversidade de agravos à saúde que podem acometer os indivíduos a ponto de necessitarem de cuidados domiciliares, envolvendo transtornos físicos e mentais com os mais diversos graus de comprometimento, a avaliação conjunta da equipe indicará a oportunidade das intervenções necessárias, baseando-se em aspectos tais como: a gravidade do quadro geral de saúde; a urgência do atendimento; o período de tempo pelo qual o indivíduo permanecerá incapacitado; a complexidade dos procedimentos a serem executados; o grau de aceitação ao atendimento, tanto do indivíduo como de seus familiares; a capacitação do profissional de acordo com a complexidade do atendimento a ser instituído; a disponibilidade de recursos físicos e materiais; a necessidade e disponibilidade de serviços de referência; a disponibilidade de meios de transporte adequados à

situação; as condições que o domicílio apresenta de acordo com os procedimentos a serem realizados, entre muitos outros.

Verifica-se, portanto, que os procedimentos a serem realizados no domicílio estão na dependência de inúmeros fatores que têm um ponto de partida em comum, que é a avaliação das condições de saúde bucal do indivíduo. Tal constatação permite considerar que a avaliação desta condição realizada no domicílio, neste contexto, passa a ser indispensável para que se possibilite o acesso destes indivíduos aos cuidados em saúde bucal, e portanto indispensáveis para a universalização do acesso. O PSF Santa Marcelina conta com três equipamentos portáteis, que quando necessários são solicitados pelas equipes à coordenadoria.

Monitoramento e avaliação

A implantação das equipes de PSF, como forma de reorganização da atenção básica na região, mudou o modelo de assistência que vinha sendo empregado até então. As equipes de odontologia começaram a desenvolver suas atividades dentro das Unidades de Saúde, ofertando o serviço e realizando procedimentos buscando atender à demanda de saúde bucal da população. A análise e interpretação da produção, possibilita a avaliação da atuação das equipes, servindo de subsídio para planejamento e organização do serviço, assim como serve de valioso instrumento para levantamento das necessidades de capacitação e para monitorar e balizar as atividades clínicas.

Os mapas de procedimentos das equipes são condensados e analisados ao fim de cada ciclo mensal. A avaliação se dá após transferência dos dados dos

mapas individuais de cada membro da equipe para planilhas de condensação de dados, e estes são transferidos pelo agente administrativo das unidades de saúde através de meio eletrônico para o setor de informação da Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina, que organiza a chegada dos dados e envia para a área técnica de Saúde Bucal para a transformação destes em informação. São monitorados e avaliados alguns indicadores de produtividade e os indicadores do Pacto da Atenção Básica. Ainda na unidade de saúde, no momento em que o agente administrativo digita os dados na planilha específica, estes já são transformados em informação que pode prontamente ser usada pelas equipes em nível local, e já indica se estão caminhando para atingir as metas propostas ou se estão ficando distantes destas. As planilhas específicas para o registro dos dados são confeccionadas e travadas para a edição pelo setor de informação da Coordenadoria, e as fórmulas montadas considerando os parâmetros de atendimento clínico, fazem com que no momento da digitação dos dados condensados pelas equipes, elas indiquem através de um sistema de cores e avisos gráficos, a posição das equipes em relação às metas. Este mesmo sistema de alerta é usado pela área técnica para o monitoramento e planejamento de ações porém, numa visão macro.

A seguir, são apresentados e exemplificados alguns dos indicadores monitorados.

Indicadores de produtividade e rendimento

Otimização dos períodos de trabalho

Desde o começo dos trabalhos nas Unidades de Saúde, a Coordenadoria estabeleceu como forma de organizar a distribuição da carga horária dentro do serviço odontológico, uma relação de aproximadamente 70% das horas de trabalho do profissional destinadas a procedimentos clínicos e os outros 30% das horas destinadas a outras atividades como grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, capacitações e outras atividades que não envolvessem procedimentos clínicos.

A avaliação destes números permite conhecer e discutir com o gerente da unidade e a equipe, a distribuição e uso das horas de trabalho em determinado período. Isso é feito calculando-se o **Potencial de horas de trabalho** da seguinte forma:

Nº de dias úteis no período x Nº de horas contratadas de trabalho diário no mesmo período

Exemplo: 22 (dias úteis no mês) x 8 horas diárias = 176 horas, que corresponde ao potencial de horas a serem trabalhadas neste caso, no mês.

Para o cálculo do **Percentual de horas trabalhadas em clínica,** fazemos a relação entre o número de horas efetivamente trabalhadas em atendimento clínico no período, com o total de horas trabalhadas no mesmo período:

$$\frac{\textbf{Nº de horas trabalhadas em atendimento clínico no período}}{\textbf{Nº total de horas trabalhadas no mesmo período}} \times 100$$

Exemplo: $\frac{\text{125 horas de atendimento clínico no mês}}{\text{176 horas trabalhadas no mesmo mês}} \times 100 = 71\%$

Considera-se adequado um percentual entre 65 e 75% das horas trabalhadas em atendimento clínico e, passível de algum tipo de intervenção ou discussão com as gerências e equipes, quando encontramos um percentual substancialmente maior que 75 ou menor que 65%.

Otimização do agendamento

Os profissionais que realizam procedimentos clínicos (CD e THD), seguem a indicação de 2 agendamentos por hora de atendimento clínico. A relação existente entre o potencial de horas clínicas no período, o potencial de agendamentos e o total de agendamentos realizados no mesmo período, permite observar se as equipes estão utilizando de forma otimizada os períodos reservados para o agendamento de consultas.

Para o cálculo do **Potencial de agendamento de consultas,** usamos uma relação entre o número de horas trabalhadas em clínica no período, multiplicado por 2 (dois), considerando 30 minutos para cada consulta:

Nº de horas a serem trabalhadas em clínica no período x 2

Exemplo: 125 horas trabalhadas em clínica no mês x 2 = 250 agendamentos, que é o potencial de agendamento de consultas programáticas neste mês.

Partindo deste referencial, monitora-se o indicador **Percentual de consultas agendadas**, que é uma relação entre o número de consultas agendadas e o potencial de agendamento de consultas do período, como mostramos a seguir:

$$\frac{\textbf{Nº de consultas agendadas}}{\textbf{Potencial de agendamento de consultas}} \times 100$$

Exemplo: $\frac{\text{220 consultas agendadas no mês}}{\text{250 (potencial de agendamento de consultas do mês)}} \times 100 = 88\%$

Considera-se adequado um percentual igual ou maior que 90%, razoável entre 80 e 89% e inadequado quando igual ou abaixo de 79%.

Outro indicador de produtividade monitorado é o **Total de atendimentos** realizados. Este indicador é uma relação entre os atendimentos programáticos, o atendimento das urgências e o total de faltas em um determinado período.

Nº de consultas agendadas + nº atendimentos de urgência – nº de faltas no mesmo período

Exemplo: 250 agendamentos + 50 atendimentos de urgência – 40 faltas = 260

O cálculo do **Percentual de faltas** é uma relação entre o número de faltas e o número de consultas agendadas no mesmo período,:

$\frac{\textbf{Nº total de faltas no período}}{\textbf{Nº total de consultas agendadas no mesmo período}} \times 100$

Exemplo: $\frac{\text{40 faltas}}{\text{250 consultas agendadas}} \times 100 = 16\%$

Considera-se aceitável um valor abaixo de 30%, razoável entre 30 e 39% e inadequado quando igual ou maior que 40%.

O indicador **Percentual de urgências**, mostra uma relação da participação dos atendimentos de urgência sobre o total de atendimentos, indicando também de certa forma, a efetividade das ações educativas e preventivas no território. Entende-

se de uma forma simplista, que o número de atendimentos de urgência no território é inversamente proporcional à efetividade das ações educativas e preventivas e ao acesso ao serviço.

$$\frac{\textbf{Nº de atendimentos de urgência no período}}{\textbf{Nº total de atendimentos no mesmo período}} \quad \textbf{X} \quad \textbf{100}$$

Exemplo: $\frac{\text{60 atendimentos de urgência}}{\text{260 atendimentos}}$ X 100 = 23%

Considera-se adequado um percentual igual ou inferior a 19%, razoável entre 20 e 29% e inadequado quando substancialmente superior a 30%.

São monitorados ainda os indicadores: Nº de consultas agendadas; Nº de faltas; Nº de atendimentos programáticos; Nº de atendimentos de urgência; Nº total de procedimentos; Nº de procedimentos por consulta; Nº total de tratamentos iniciados; Nº total de tratamentos completados; e Nº de consultas por tratamento completado.

Indicadores do pacto da atenção básica

O Ministério da Saúde no uso de suas atribuições e dentre outras considerações, considera que o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde referentes a esse nível de atenção e, que esse Pacto é base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população, a serem alcançadas por municípios e estados.

Através da Portaria nº 493 de 13 de março de 2006 aprovou também a relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujas metas deverão ser pactuadas entre municípios, estados e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c). Dentre os indicadores do Pacto, os referentes à saúde bucal são:

Indicadores Principais:

- Cobertura de primeira consulta odontológica programática.
- Cobertura da ação coletiva, escovação dental supervisionada.

Indicadores Complementares:

- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.
- Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Metas propostas para 2008

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pactuou para o ano de 2008 as seguintes metas de acordo com os indicadores:

Para os indicadores:

- "Cobertura de primeira consulta odontológica programática", que indica acesso ao serviço odontológico da Atenção Básica, igual ou maior que **3,1%;**
- "Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada", que indica o acesso coletivo à ações educativas e de prevenção para a população de 0 a 14 anos, igual ou maior que **0,5%;**

- “Média de procedimentos odontológicos básicos individuais”, que expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos básicos realizados por pessoa pelos serviços odontológicos, igual ou maior que **0,3.**

O indicador “Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais”, que indica acesso aos Serviços Odontológicos Especializados e resolubilidade da Atenção Básica, é pactuado pelo Estado de São Paulo, e para o município propôs-se que fosse menor ou igual **6,5%** para o período.

Unidades de saúde sem equipes de Saúde Bucal

Marcadores de saúde bucal da família.

Os critérios citados até este ponto são mais adequados para utilização por parte da equipe de Saúde Bucal. Entretanto, para que as equipes de saúde possam atuar junto às famílias de forma integral, inclusive com o olhar voltado para a saúde bucal dos usuários, é necessário que se desenvolvam marcadores de identificação mais imediata de condições que poderão apontar para o grau de risco a doenças bucais a que está exposta a família. Para suprir essa necessidade, sugere-se a verificação das seguintes condições, enquanto marcadores:

Situações Favoráveis:

Acesso à água de abastecimento público fluoretada; criança em aleitamento materno exclusivo, na faixa etária para a qual o mesmo é preconizado; criança com idade de cinco anos ou mais, livre de cavidades de cárie; adolescente entre catorze e vinte anos sem perdas de dentes permanentes; adulto entre trinta e cinco e quarenta e quatro anos com vinte ou mais dentes permanentes funcionais.

Situações Desfavoráveis:

Utilização de outras fontes de água que não a de abastecimento público fluoretada; criança menor de seis meses em aleitamento misto, particularmente quando não há aleitamento materno; criança menor de três anos com cavidades de cárie; criança entre sete e doze anos com uma ou mais perdas de dentes permanentes; adultos entre trinta e cinco e quarenta e quatro anos portadores de prótese total.

Ações propostas para UBS sem equipe de Saúde Bucal

Como elemento estratégico para ampliar o acesso à atenção em saúde bucal, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras e leves que possibilitem abordagens de maior cobertura.

Entre as diversas estratégias propostas, além de demandas relativas à realidade local das unidades de saúde, encontram-se: Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) em crianças até 14 anos e gestantes; diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal em idosos; educação em saúde bucal para mães de

crianças entre zero e cinco anos; capacitação em saúde bucal para o ACS e para as equipes de saúde; implementação dos Procedimentos Coletivos nas escolas da área de abrangência das UBS sem Saúde Bucal.

Os recursos humanos envolvidos neste processo de trabalho são, além dos profissionais contratados, os alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Ministério da Saúde, alunos do curso de formação de Auxiliares de Consultório Dentário e Técnicos de Higiene Dental da Escola Técnica do SUS da Cidade Tiradentes “Professor Makiguti”, e os ACS em suas unidades de origem.

Modelo de atenção em saúde bucal Santa Marcelina

O modelo de atenção em saúde bucal proposto tem os seguintes pressupostos:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica (qualidade e resolubilidade), garantida pela educação permanente das equipes e pelo monitoramento e avaliação dos indicadores;
- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta, pela efetividade da referência e contra-referência UBS/CEO/atenção terciária;
- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência, garantida pela acessibilidade;

- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento das ações de saúde bucal;
- Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde–doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território, garantida pelas pesquisas científicas.

A diferença entre uma unidade de saúde com a Estratégia Saúde da Família e outra sem, é o cadastro e a existência do ACS. O compromisso com a saúde na amplitude da palavra é de todos. O ACS é o símbolo deste compromisso, mas todos devem lembrar que estando envolvidos com a saúde também são agentes dela, passam a ser profissionais que se comprometem com o SUS, seus princípios e diretrizes. Aqueles que apontam para uma concepção de saúde que não se resume na ausência de doença, mas a uma vida com qualidade. Vale salientar que o modelo de atenção em saúde bucal foi concebido em consonância com as “Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal no município de São Paulo”.

4.1 Estudo e instrumentos

Estudo descritivo/analítico através de pesquisa documental e do arcabouço legal que estabelece as bases para a Saúde Bucal na Atenção Básica; de dados coletados na Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina, para a avaliação da estrutura e em *sites* oficiais de interesse; e, de dados primários coletados em instrumento apropriado, aplicado para o levantamento de informações sobre o conhecimento dos profissionais em relação às leis, normas e diretrizes, e, em relação ao desenvolvimento dos processos de trabalho.

O instrumento para a avaliação do conhecimento dos profissionais sobre as leis, normas e diretrizes e, sobre o desenvolvimento dos processos de trabalho, disponível no ANEXO B, foi constituido por 26 questões de múltipla escolha com quatro alternativas e apenas uma correta, e por uma questão aberta para resposta dissertativa escrita.

Para a análise da estrutura foram colhidas as informações através do “Roteiro de Inspeção das Unidades de Saúde e Monitoramento da Implantação das Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal - Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal 2006”, criado pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com a assessoria dos interlocutores de Saúde Bucal das Supervisões de Saúde das regiões, e aplicado em todas as UBS do município a partir do ano de 2006, disponível no ANEXO C. Este instrumento é composto pelas vertentes de análises: Identificação das UBS; Recursos humanos; Equipamentos; Instrumentais; Materiais de consumo; Condições da edificação; Esterilização, desinfecção e biossegurança; Equipamentos de proteção individual; Destino dos resíduos do consultório odontológico; e, Planejamento das ações de saúde bucal. Contempla

questões para respostas com duas alternativas fechadas tipo sim e não, por outras questões para o preenchimento apenas da quantidade de alguns itens, e por questões para respostas dissertativas escritas.

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/SP em 15 de Maio de 2008, disponível no ANEXO D.

4.2 Universo de estudo

O universo de estudo é composto por 14 UBS que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família, administradas pela Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina, assim como todas as ESB habilitadas no Ministério da Saúde pela instituição, lotadas nessas UBS.

4.3 Pré-teste

Antes da aplicação dos formulários relativos à avaliação do conhecimento dos profissionais (participantes pesquisados) sobre as leis, normas e diretrizes para a Saúde Bucal no PSF, e, sobre o desenvolvimento do processo de trabalho, foi proposto a realização de pré-teste para verificar o entendimento das questões, e caso fosse necessário, realizar-se ia as devidas alterações, para adequa-las aos seus reais objetivos. Aplicou-se o pré-teste em 5 profissionais que não faziam parte do universo de estudo por não estarem em equipes habilitadas no Ministério da Saúde. Através do pré-teste foi possível verificar o tempo necessário para o preenchimento dos formulários que girou, em média, em torno de 60 minutos. Em relação ao entendimento das questões propostas, não houve a necessidade de

modificações e também de inclusões ou exclusões, pois o grupo que realizou o pré-teste definiu como adequado e claro, o instrumento, quanto as suas proposições.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados primários foi realizada pelo pesquisador após envio e recolhimento dos formulários de pesquisa aos participantes. Parte dos formulários foi entregue pessoalmente pelo pesquisador que no mesmo momento esclareceu os objetivos da pesquisa e respondeu às dúvidas inerentes, colhendo também os termos de consentimento. Outra parte dos formulários foi entregue através da carga diária de documentos, enviada pela Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina às unidades de saúde, para os participantes, que por qualquer motivo não puderam ser contactados diretamente pelo pesquisador no momento das visitas. Nestes casos o pesquisador usou a comunicação através de telefones para os esclarecimentos necessários. Estes formulários de pesquisa, assim como os termos de consentimento livre e esclarecido, também foram devolvidos ao pesquisador através da carga diária das unidades de saúde para a coordenadoria. Ressalta o pesquisador, que durante a conversa com os participantes foi pedido que respondessem ao formulário em equipe e que escolhessem o melhor momento para fazê-lo, no sentido de minimizar a interferência em suas rotinas de trabalho. Os formulários foram entregues para todas as unidades de saúde durante um período de tempo determinado.

A coleta de dados secundários através da pesquisa documental, transcorreu normalmente, durante o tempo em que o estudo se desenvolveu. Esta coleta foi feita através do acesso eletrônico aos *sites* do Ministério da Saúde e Secretarias

Estadual e Municipal de Saúde de São Paulo, e também aos *sites* de bibliotecas virtuais. O setor de informação e pesquisa e a biblioteca da Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina serviram também como fontes para a coleta de dados secundários referentes ao programa, objeto da avaliação.

A coleta de dados secundários do Roteiros de Inspeção e Monitoramento da SMS/SP, aconteceu em momentos variados à partir de 2006, pois cada unidade preencheu e fez a entrega de acordo com suas possibilidades. Deste instrumento, foram enviadas cópias para a Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina.

4.5 Análise dos dados

4.4.1 Análise dos dados primários

Para a análise dos dados primários foram construídos bancos de dados em programa Excel versão 5.0 e analisados no programa EPI INFO versão 3.2.2 de 2005, obtendo-se a partir daí, tabelas de frequência e porcentagem de cada variável de interesse, com a possibilidade de verificação de possíveis associações entre as variáveis. Para os dados referentes ao conhecimento das leis, normas e diretrizes para a Saúde Bucal na Atenção Básica, o autor agrupou os assuntos comuns nos temas: Macropolíticas; Princípios do SUS, Lei 8080 e Lei 8142 de 1990; Estratégia Saúde da Família; e, Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Para os dados referentes ao desenvolvimento adequado do processo de trabalho, o autor agrupou os assuntos comuns nos temas: Estratégias de acesso; Referência e contra-

referência; Acolhimento; Ações educativas; Ações assistenciais; Intersetorialidade; e, Ações interdisciplinares.

4.4.2 Análise dos dados secundários

A análise dos dados secundários da pesquisa documental, foi feita em duas fases. Na primeira fase foram levantados os principais documentos, leis, normas e diretrizes que formam o arcabouço legal para a proposta da Estratégia Saúde da Família. Na segunda fase, foram identificadas e examinadas as partes que se referíam especificamente à Saúde Bucal na Atenção Básica e PSF. Esclarece o pesquisador, que foram analisados os documentos e diretrizes na esfera federal e municipal.

Para a análise dos dados do Roteiro de Inspeção e Monitoramento da SMS/SP, também foi criado um banco de dados em programa Excel versão 5.0 e analisado no programa EPI INFO versão 3.2.2 de 2005, obtendo-se a partir daí, tabelas de frequência e porcentagem de algumas variáveis de interesse. Através deste instrumento foram avaliadas algumas variáveis das vertentes de análises Recursos humanos, Equipamentos, Instrumentais, Materiais de consumo e Equipamentos de proteção individual das unidades de saúde. Foram também avaliadas algumas variáveis da vertente de análises Planejamento de ações de saúde bucal, relativas ao desenvolvimento do processo de trabalho.

4.6 Eixos de análise, critérios e parâmetros de avaliação

A avaliação dos dados foi feita considerando as variáveis em três Eixos de Análises, que correspondem aos objetivos específicos da proposta. Assim sendo, foram criados os eixos: 1 Conhecimento dos profissionais; 2 Adequação dos processos de trabalho; e, 3 Estrutura.

Do instrumento de pesquisa aplicado aos profissionais do programa, foram extraidos dados relativos aos eixos 1 e 2. Do Roteiro de Inspeção e Monitoramento aplicado pela SMS/SP às unidades de saúde em 2006, foram extraidos dados referentes aos eixos 2 e 3.

O nível de implantação para cada eixo foi construído considerando a média percentual de respostas adequadas de cada eixo em relação ao total de questões do eixo. Para a avaliação do conjunto dos eixos, foi considerada a média percentual de respostas adequadas de cada eixo em relação ao total de eixos. A avaliação do conjunto dos eixos compôs a avaliação da implantação do programa, objeto do trabalho, obedecendo os critérios e parâmetros a seguir:

“Plenamente implantado”: 100% de respostas adequadas, ou de respostas de acordo com as diretrizes preconizadas

"Satisfatoriamente implantado": Média igual ou maior que 80 e abaixo de 100% de respostas adequadas, ou de respostas de acordo as diretrizes preconizadas;

"Parcialmente implantado": Média igual ou maior que 60 e menor que 80% de respostas adequadas, ou de respostas de acordo as diretrizes preconizadas;

"Insatisfatoriamente implantado": Média menor que 60% de respostas adequadas ou de respostas em desacordo as diretrizes preconizadas.

Na questão para resposta dissertativa escrita (instrumento aplicado aos profissionais), foi estabelecida uma situação hipotética a respeito de uma UBS e proposto o seguinte: “Estabeleça as atribuições e competências de cada membro da equipe de Saúde Bucal na organização do serviço, descrevendo como são trabalhadas questões relativas aos princípios e diretrizes do SUS e como são viabilizadas as interfaces com os outros profissionais das equipes, unidade de saúde, família e território”. Essa proposição tinha dois objetivos fundamentais que eram, a identificação das atribuições e competências de cada membro da equipe de Saúde Bucal e de como eram trabalhados os princípios do SUS, e a identificação das interfaces de trabalho com os outros profissionais da equipe de Saúde da Família. Como critério de avaliação para essa questão específica, as equipes que atingiram os objetivos propostos para a situação receberam 100%, e as que não atingiram receberam 0 (zero).

4.7 Hipótese experimental

A hipótese a ser verificada é, que o Programa de Saúde Bucal da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina na Estratégia Saúde da Família, está implantado satisfatoriamente na zona leste do município de São Paulo considerando os eixos pesquisados.

5 RESULTADOS

Foram enviados 14 formulários para as Equipes de Saúde Bucal das 14 unidades de saúde pesquisadas. Todos foram devolvidos totalmente respondidos obtendo-se assim, 100% de retorno do instrumento de pesquisa. O quadro a seguir mostra o número de profissionais, por categoria funcional, que participaram da pesquisa por unidade de saúde, Supervisão e Coordenadoria de Saúde

COORDENADORIA	SUPERVISÃO	UBS	Nº DE CDs	Nº DE THDs	Nº DE ACDs	TOTAL
SUDESTE	PENHA/ARICANDUVA	A.E. Carvalho	2	1	2	5
LESTE	SÃO MIGUEL PAULISTA	Thérsio Ventura	1	0	2	4
	ERMELINO MATARRAZZO	Pedro de Souza Campos	1	0	1	2
	SÃO MATEUS	Conquista III	3	0	3	6
	GUAIANASES	Fanganiello	2	1	2	5
		Soares	1	0	1	2
	CIDADE TIRADENTES	Barro Branco	2	0	3	5
		Inácio Monteiro	3	0	4	7
	ITAIM PAULISTA	Indaiá	1	0	1	2
		Campos	2	0	3	4
		Santa Rita	2	1	2	5
		Jaraguá	2	1	2	5
		Curuçá Velha	2	1	2	5
		Nova Curuça	1	1	1	3
Total de profissionais por categoria			**25**	**6**	**29**	**60**

Quadro 5.1 Número de profissionais (CD, THD e ACD) por Coordenadoria de saúde, Supervisão de Saúde e Unidade Básica de Saúde

5.1 Eixo, conhecimento dos profissionais em relação às leis, normas e diretrizes

Os resultados obtidos foram apresentados de forma textual pois as variáveis, neste caso, eram demasiadamente grandes para uma apresentação em tabelas. Os resultados foram:

Em relação às questões:

5.1.1 “Estabelece os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988:”

O conhecimento dos grupos de profissionais de que: a saúde é direito de todos e dever do Estado; que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde; e, que o Sistema Único de Saúde deverá ser organizado tendo como diretrizes a descentralização com direção única, a atenção integral e a participação da comunidade, foi de **92,9%**.

5.1.2 “São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde:”

O conhecimento dos grupos de que: universalidade, integralidade, participação da comunidade, igualdade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos são princípios e diretrizes do sistema, foi de **92,9%**.

5.1.3 “É competência do município, segundo a lei 8.080:”

O conhecimento dos grupos de que: gerenciar e executar os serviços de saúde é competência dos municípios, entre outras, foi **100%**.

5.1.4 “A **Lei 8.142** dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. É esta Lei que estabelece, em seu artigo 1º, que o S.U.S. contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas:”

O conhecimento dos grupos de que: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde são as instâncias colegiadas propostas nesta lei, foi de **85,7%**.

5.1.5 “A norma operacional que, anunciou a implantação do Piso da Atenção Básica (P.A.B.) estipulando um valor fixo per capita, a ser repassado para os municípios organizarem a atenção básica; estabeleceu que os municípios deveriam assumir no mínimo, a gestão da atenção básica, para firmarem o convênio com a União; anunciou incentivo de 2% de acréscimo no P.A.B. para cada 5 % de população coberta com o Programa de Saúde da Família ou o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, foi:”.

O conhecimento dos grupos de que: essas orientações foram provenientes da Norma Operacional Básica de 1996, foi de **78,6%**.

5.1.6 “A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18/12/1.997 anuncia “O Programa de Saúde da Família” como uma estratégia para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, sob o enfoque das famílias que o constituem. O principal objetivo desta estratégia é:”

O conhecimento dos grupos de que: a transformação de um modelo assistencial passivo em outro no qual os serviços de saúde tem papel mais dinâmico na busca de soluções para os problemas do seu território, principalmente através da visita domiciliar e do olhar do agente comunitário de saúde é o principal objetivo da estratégia, foi de **92,9%**.

5.1.7 “A regulamentação das ações de saúde bucal ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas

para este fim foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Destaca-se nesta portaria:”

O conhecimento dos profissionais de que: a criação das duas modalidades de formação de equipes de Saúde Bucal são os destaques desta portaria, foi de **85,7%**.

5.1.8 “A Lei nº 8.080/90 estabelece como atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a elaboração e atualização periódica do plano de saúde (artigo 15), indicando ainda que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema, a responsabilidade de promover a articulação da política e dos planos de saúde. O presente Plano Nacional de Saúde está expresso de modo a apresentar objetivamente, as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007. Em relação ao Plano Nacional de Saúde podemos afirmar:”

O conhecimento dos grupos de que:

1. São princípios orientadores do plano a inclusão social e redução das desigualdades sociais; crescimento com geração de emprego e renda ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais; e promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia;

2. O grande objetivo proposto para o presente Plano Nacional de Saúde é: Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a eqüidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais; e,

3. Entre as iniciativas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde para o plano estão a Saúde Bucal, a Saúde Mental e a Saúde da Mulher, foi de **64,3%**.

5.1.9 “A Gestão Participativa está bem definida como princípio norteador das ações nas Diretrizes da Política Nacional para a Saúde Bucal. O que você entende por Gestão Participativa?”

O conhecimento dos grupos de que: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo é a gestão participativa, foi de **92,9%**.

5.1.10 “A Estratégia Saúde da Família vem sendo implantada no país nas unidades básicas de saúde que desenvolviam o modelo tradicional de assistência ou em unidades instaladas já com esta estratégia, e os trabalhos são organizados a partir das seguintes etapas, preferencialmente:”

O conhecimento dos grupos de que: sensibilização e divulgação para a população; adesão; recrutamento, seleção e contratação de pessoal; capacitação das equipes; treinamento introdutório; educação continuada; acompanhamento e avaliação; manutenção e financiamento são as etapas de organização na sequência mais indicada, foi de **64,3%**.

5.1.11 “O cadastro da família propicia um bom conhecimento da população a ser assistida uma vez que permite a identificação dos riscos ambientais, sociais e de saúde, como por exemplo as doenças referidas. Essas informações são registradas em que ficha específica:”

O conhecimento dos grupos de que: a ficha “A” é o instrumento próprio para o registro dessas informações, foi de **100%**.

5.1.12 “São princípios que devem nortear o trabalho das equipes de saúde da família:”

O conhecimento dos grupos de que: incentivar a participação popular, buscar a humanização do atendimento e promover a família como núcleo básico de abordagem para a saúde são princípios que norteiam o trabalho das equipes, foi de **92,9%**.

5.1.13 “São princípios da Estratégia Saúde da Família:”

O conhecimento dos grupos de que: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional; atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e, ser um espaço de construção de cidadania são princípios da estratégia, foi de **100%**.

5.1.14 “Garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, é competência de:”

O conhecimento dos grupos de que: são responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal essas atribuições, foi de **71,4%**.

5.1.15 “O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Em relação ao Curso Introdutório recomenda-se que:”

O conhecimento dos grupos de que: seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF; a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde; e, no Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, foi de **78,6%**.

5.1.16 “O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. A proposta deve definir:”

O conhecimento do grupo de que: o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas, infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes; ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional, processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes, forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento

da carga horária de 40 horas semanais; e, implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo, processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação, e a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal são definições que devem fazer parte da proposta, foi de **92,9%**.

5.1.17 "Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal e, realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais são atribuições específicas do:"

O conhecimento dos grupos de que: essas ações são atribuições específicas do Cirurgião Dentista, foi de **85,7%**.

5.1.18 "São eixos fundamentais da Estratégia Saúde da Família:"

O conhecimento dos grupos de que: o território, população adscrita, trabalho em equipe e intersetorialidade são eixos fundamentais da estratégia, foi de **100%**.

5.1.19 "Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local e, realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, são atribuições:"

O conhecimento dos grupos de que: essas são atribuições de todos os membros das equipes, foi de **100%**.

5.1.20 “Em relação à Integralidade das ações, a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta:”

O conhecimento dos grupos de que: a equipe deve oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, foi de **92,9%**.

5.1.21 “Para a unidade de saúde, o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território é o:”

O conhecimento dos grupos de que: O cadastro das famílias é este instrumento básico, foi de **64,3%**.

5.1.22 Questão dissertativa

Esta questão teve como objetivos, a identificação das atribuições e competências de cada membro da equipe de Saúde Bucal e a identificação de como eram trabalhados os princípios do SUS, neste eixo.

Tabela 5.1 - Proporção (%) de respostas adequadas por UBS

UBS	***Conhecimento***
AE Carvalho	100%
Barro Branco	100%
Conquista III	100%
Curuçá Velho	100%
Inácio Monteiro	100%
Indaiá	100%
Jd Campos	100%
Jd Fanganiello	100%
Jd Jaraguá	100%
Jd Soares	100%
Nova curuçá	100%
Pq Santa Rita	100%
Pedro S. Campos	100%
Thérsio Ventura	100%
MÉDIA % DE IMPLANTAÇÃO	**100%**

Na tabela a seguir, foram disponibilizados os resultados por questão/situação colocada, o percentual de respostas adequadas dos grupos, e a média percentual final de respostas adequadas, dando o percentual de implantação do eixo.

Tabela 5.2 - Proporção (%) de respostas adequadas por questão/situação colocada e a média percentual final de implantação do eixo

Nº DA QUESTÃO	*% DE RESPOSTAS ADEQUADAS DO EIXO*
1	92,9%
2	92,9%
3	100%
4	85,7%
5	78,6%
6	92,9%
7	85,7%
8	64,3%
9	92,9%
10	64,3%
11	100%
12	92,9%
13	100%
14	71,4%
15	78,6%
16	92,9%
17	85,7%
18	100%
19	100%
20	92,9%
21	64,3%
27*	100%
MÉDIA % DE IMPLANTAÇÃO	**87,7%**

*Questão dissertativa

5.2 Eixo, adequação do processo de trabalho

5.2.1 Dados extraidos do Roteiro de Inspeção e Monitoramento SMS/SP 2006

Tabela 5.3 – Número e proporção (%) de unidades de saúde que possuem lista de espera para o acesso da população ao serviço de odontologia, São Paulo, 2006

LISTA DE ESPERA	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não	13	92,9%
Sim*	1	7,1%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.4 – Número e proporção (%) de unidades de saúde que realizam a Triagem de risco para o acesso da população ao serviço de odontologia, São Paulo, 2006

TRIAGEM DE RISCO	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	1	7,1%
Sim	13	92,9%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.5 – Número e proporção (%) de acordo com a referência para onde as unidades de saúde encaminham a demanda para especialidades odontológicas, São Paulo, 2006

REFERÊNCIA	*FREQ*	*PERCENTUAL*
CEO	5	35,7%
CEO/CRI	4	28,6%
CEO/TITO LOPES/CRI	1	7,1%
Não responderam*	4	28,6%
Total	**14**	**100%**

*Inadequado

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas; **CRI** – Centro de Referência do Idoso; e, **TITO LOPES** – Ambulatório de especialidades

Tabela 5.6 – Número e proporção (%) do controle do sistema de Referência-contra referência, nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

SISTEMA CONTROLADO	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	4	28,6%
Sim	9	64,3%
Não responderam*	1	7,1%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.7 – Número e proporção (%) do conhecimento do CD sobre os protocolos de atendimento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, São Paulo, 2006

CONHECE PROTOCOLOS	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Sim	13	92,9%
Não responderam*	1	7,1%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.8 – Número e proporção (%) em relação à categoria profissional que faz a avaliação das urgências odontológicas nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

AVALIAÇÃO DE URGÊNCIA	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Cirurgião Dentista	14	100%
Total	**14**	**100%**

Tabela 5.9 – Número e proporção (%) de quais são as prioridades para agendamento nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

PRIORIDADE PARA AGENDAMENTO	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Critério de risco e Grupos prioritários	3	21,4%
Critério de risco	4	28,6%
Grupos prioritários	1	7,1%
Grupos prioritários, critério de risco e acamados	1	7,1%
Não há prioridade*	1	7,1%
Não responderam*	4	28,6%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.10 – Número e proporção (%) da realização corriqueira da Escovação Supervisionada nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Sim	14	100%
Total	**14**	**100%**

Tabela 5.11 – Número e proporção (%) de como é feito o acolhimento do usuário na falta do CD nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

ACOLHIMENTO	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Remarcação de consulta	1	7,1%
Agente comunitário de saúde	1	7,1%
Equipe de Saúde Bucal	2	14,3%
Remarcação de consulta ou PA	5	35,7%
Não acontece o acolhimento*	1	7,1%
Não responderam*	4	28,6
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.12 – Número e proporção (%) da participação da ESB nos grupos realizados nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

PARTICIPA DE GRUPOS	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	2	14,3%
Sim	12	85,7%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.13 – Número e proporção (%) da existência de grupos específicos de Saúde Bucal nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

GRUPOS ESPECÍFICOS	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	1	7,1%
Sim	13	92,9%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.14 – Número e proporção (%) da participação da ESB nas reuniões gerais das unidades de saúde, São Paulo, 2006

PARTICIPA REUNIÕES GERAIS	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	1	7,1%
Sim	13	92,9%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.15 – Número e proporção (%) do tipo de ações realizadas pelo CD quando acontece quebra do equipamento nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

AÇÕES REALIZADAS PELO CD	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Ação educativa	2	14,3%
Ações educativas e ART	2	14,3%
Procedimentos Coletivos	1	7,1%
Trabalho administrativo, planejamento e visita domiciliar	1	7,1%
Ações educativas e visita domiciliar	2	14,3%
O que é possível*	1	7,1%
Não responderam*	5	35,7%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.16 – Número e proporção (%) da indicação de ocorrência de integração do trabalho das ESB com as equipes de saúde da família, nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

TRABALHO INTEGRADO	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	2	14,3%
Sim	11	78,6%
Não responderam*	1	7,1%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.17 – Número e proporção (%) da realização de Visitas Domiciliares pela ESB, São Paulo, 2006

VISITAS DOMICILIARES	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não*	3	21,4%
Sim	11	78,6%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

Tabela 5.18 – Número e proporção (%) da quantidade de consultas agendadas por período, por CD nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

CONSULTAS/PERÍODO/CD	*FREQ*	*PERCENTUAL*
5	2	14,3%
6	2	14,3%
7	1	7,1%
8	9	64,3%
Total	**14**	**100%**

Tabela 5.19 – Número e proporção (%) da quantidade de consultas de urgência atendidas por período, por CD nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

URGÊNCIAS/PERÍODO/CD	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Demanda	3	21,4%
Depende da demanda do dia	1	7,1%
Livre	2	14,3%
Não responderam*	8	57,1%
Total	**14**	**100%**

* Inadequado

5.2.2 Dados extraídos do Instrumento de Pesquisa aplicado aos profissionais

Em relação às questões:

5.2.2.1 “Em relação a Interdisciplinaridade e ao Multiprofissionalismo, é correto afirmar:”

O conhecimento dos grupos de que: a atuação da equipe de Saúde Bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico odontológico; a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seus conhecimentos, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo; e que, a troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções que deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais da saúde são ações presentes numa lógica de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, foi de **100%**.

5.2.2.2 “As ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas”. Esta afirmativa está relacionada ao conceito de:”

O conhecimento dos grupos de que: estas ações estão relacionadas ao conceito de intersetorialidade, foi de **92,9%**.

5.2.2.3 “Organizar o processo de trabalho, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos para a resolução do problema que motivou a procura da assistência. Este conceito fala de:”

O conhecimento dos grupos de que: este conceito fala da Ampliação e Qualificação da Assistência, foi de **71,4%**.

5.2.2.4 “Visando a Ampliação e Qualificação da Atenção Básica, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de:”

O conhecimento dos grupos de que: A prevenção e controle de câncer bucal, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica e a inclusão de reabilitação protética na atenção básica são ações recomendadas para a ampliação e qualificação da saúde bucal, foi de **57,1%**.

5.2.2.5 “São características do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família:”

O conhecimento dos grupos de que: Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes; a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; e, trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações são características do processo de trabalho da Saúde da Família, foi de **100%**.

5.2.2.6 Questão dissertativa

Um dos objetivos fundamentais foi a identificação das interfaces de trabalho com os outros profissionais da equipe de Saúde da Família, no eixo.

A tabela a seguir mostra o percentual de respostas adequadas obtido por UBS em relação aos eixos.

Tabela 5.20 - Proporção (%) de respostas adequadas, por UBS e média percentual final

UBS	***ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO***
AE Carvalho	0
Barro Branco	100%
Conquista III	100%
Curuçá Velho	100%
Inácio Monteiro	100%
Indaiá	100%
Jd Campos	100%
Jd Fanganiello	100%
Jd Jaraguá	100%
Jd Soares	100%
Nova curuçá	100%
Pq Santa Rita	100%
Pedro S. Campos	100%
Thérsio Ventura	100%
MÉDIA %	**92,9%**

Na tabela a seguir são disponibilizados os resultados por questão/situação colocada, o percentual de respostas adequadas dos grupos, e a média percentual final de respostas adequadas, dando o percentual de implantação do eixo.

Tabela 5.21 - Proporção (%) de respostas adequadas por questão/situação colocada e a média percentual final de implantação do eixo

REFERÊNCIA	*% DE RESPOSTAS ADEQUADAS DO EIXO*
Tabela 1 lista de espera	92,9%
Tabela 2 triagem de risco	92,9%
Tabela 3 referência para especialidades	71,4%
Tabela 4 sistema de referência controlado	64,3%
Tabela 5 CD conhece protocolos CEO	92,9%
Tabela 6 avaliação de urgências odontológicas	100%
Tabela 7 prioridade para agendamento	64,3%
Tabela 8 realiza escovação supervisionada	100%
Tabela 9 forma de acolhimento	64,3%
Tabela 10 ESB participa de grupos da UBS	85,7%
Tabela 11 existe grupos específicos da ESB	92,9%
Tabela 12 ESB participa de reuniões gerais	92,9%
Tabela 13 ações realizadas pelo CD	57,1%
Tabela 14 ocorrência de integração das equipes	78,6%
Tabela 15 visitas domiciliares	78,6%
Tabela 16 quantidade de consultas/período/CD	100%
Tabela 17 quantidade de urgências/período/CD	42,9%
Questão 22 *	100%
Questão 23 *	92,9%
Questão 24 *	71,4%
Questão 25 *	57,1%
Questão 26 *	100%
Questão dissertativa escrita 27 *	92,9%
MÉDIA % DE IMPLANTAÇÃO	**82,0%**

* Extraídas do Instrumento de pesquisa aplicado aos profissionais para levantamento do conhecimento sobre as leis, normas e diretrizes e, adequação dos processos de trabalho

5.3 Eixo, estrutura

5.3.1 Recursos Humanos

Tabela 5.22 – Número e proporção (%) dos recursos humanos, pela situação das equipes, nas unidade de saúde, São Paulo 2006

RECURSOS HUMANOS	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Equipes completas	14	100%
Equipes incompletas	0	0,0
Total	**14**	**100%**

5.3.2 Equipamentos

Tabela 5.23 – Número e proporção (%) dos equipamentos, por tipo e condição, nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

TIPO	*CONDIÇÃO*	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Cadeira	Adequado	14	100%
Alta rotação	Adequado	14	100%
Micromotor	Adequado	13	92,9%
Fotopolimerizador	Adequado	13	92,9%
Amalgamador	Adequado	14	100%
Aparelho Raios X	Adequado	11	78,5%
Compressor	Adequado	13	92,9%

A média encontrada nesta vertente de análise foi de **93,9%** de situações adequadas

5.3.3 Instrumentais

Tabela 5.24 – Número e proporção (%) da disponibilidade de instrumental clínico odontológico em número suficiente para o atendimento nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

INSTRUMENTAL CLÍNICO SUFICIENTE	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não	7	50%
Sim	6	42,9%
Não responderam	1	7,1%
Total	**14**	**100%**

Tabela 5.25 – Número e proporção (%) da disponibilidade de instrumental cirúrgico odontológico em número suficiente para o atendimento nas unidades de saúde, São Paulo, 2006

INSTRUMENTAL CIRÚRGICO SUFICIENTE	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não	3	21,4%
Sim	10	71,4%
Não responderam	1	7,1%
Total	**14**	**100%**

A média encontrada nesta vertente de análise foi de **57,1%** de situações adequadas

5.3.4 Material de consumo

Tabela 5.26 – Número e proporção (%) de UBS onde a falta de material de consumo impossibilita o atendimento, São Paulo, 2006

FALTA MATERIAL DE CONSUMO	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Não	9	64,3%
Sim	5	35,7%
Total	**14**	**100%**

5.3.4 Equipamento de Proteção Individual

Tabela 5.27 – Número e proporção (%) da disponibilidade de equipamentos de proteção individual por tipo, condição, São Paulo, 2006

TIPO	*CONDIÇÃO*	*FREQ*	*PERCENTUAL*
Aventais descartáveis	Suficiente	12	87,5%
Máscaras descartáveis	Suficiente	14	100%
Gorros descartáveis	Suficiente	13	92,9%
Protetor ocular	Suficiente	13	92,9%
Protetor auricular	Suficiente	7	50%
Luvas descartáveis	Suficiente	14	100%

A média encontrada nesta vertente de análise foi de **87,2%** de situações adequadas

Na tabela a seguir são disponibilizados os resultados por questão/situação observada, o percentual de respostas adequadas dos grupos, e a média percentual final de respostas adequadas, dando o percentual de implantação do eixo.

Tabela 5.28 - Proporção (%) de respostas adequadas por questão/situação colocada e a média percentual final de implantação do eixo

VERTENTES	*PERCENTUAL DE RESPOSTAS ADEQUADAS DO EIXO*
Recursos Humanos	100%
Equipamentos	93,9%
Instrumentais	57,1%
Materiais de Consumo	64,3%
Equipamento de proteção individual	87,2%
MÉDIA % DE IMPLANTAÇÃO	**80,5%**

5.4 Resultado final

A tabela a seguir mostra o percentual médio de implantação por eixo de análise e a média percentual final de implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família na zona leste do município de São Paulo.

Tabela 5.29 – Percentual de implantação por eixo de análise e média % de implantação final

EIXO DE ANÁLISE	*PERCENTUAL DE IMPLANTAÇÃO*
Conhecimento dos profissionais	87,7%
Adequação do processo de trabalho	82,0%
Estrutura	80,5%
MÉDIA % DE IMPLANTAÇÃO	**83,4%**

6 DISCUSSÃO

6.1 “Conhecimento dos profissionais”

Para não fazer uma discussão apenas no sentido de explorar cada uma das questões relativas ao eixo, o autor optou por fazer também uma análise conjunta, considerando que determinado número de questões poderiam ser agrupadas em um mesmo tema. Desta forma foram definidos os temas: Macropolíticas; Princípios do SUS, lei 8080 e lei 8142 de 1990; Estratégia Saúde da Família; e, Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

No tema **“Macropolíticas”,** entraram os assuntos Constituição Federal de 1988, Normas Operacionais do SUS, Plano Nacional de Saúde e Responsabilidades dos Entes Federados com o SUS.

O assunto “Constituição Federal”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação aos artigos 196 e 198 está num patamar quase que de implantação plena. Este nível de conhecimento pode ser devido ao fato de que, além dos momentos de educação permanente das equipes onde são frequentemente retomados, seja um assunto também frequente nos conteúdos de concursos públicos do setor saúde.

O assunto “Normas Operacionais”, teve um desempenho de 78,6% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação à Norma Operacional de 1996 está num patamar de implantação parcial. Este nível de conhecimento parcial pode ser devido ao fato da existência de várias normas, o que causa uma certa confusão quanto aos seus objetivos, e pelo não uso no cotidiano

das equipes, de questões relativas ao financiamento e modelos de gestão que são tratados nesta norma.

O assunto “Plano Nacional de Saúde”, teve um desempenho de 64,3% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação aos objetivos, princípios e prioridades do plano está num patamar de implantação parcial, porém mais próximo de um patamar de implantação insatisfatória. Este nível de conhecimento pode ser devido à não percepção de que a Política Nacional de Saúde Bucal é parte de uma política nacional maior que engloba todas as outras áreas temáticas. Assunto também que não faz parte do cotidiano das equipes de assistência.

O assunto “Responsabilidades dos Entes Federados”, teve um desempenho num patamar de implantação satisfatória quando tratou da garantia de infra estrutura para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família e estruturação do Curso introdutório. Quando tratou de responsabilidades na elaboração das propostas de implantação e ampliação das equipes, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos está num patamar quase que de implantação plena. Este patamar elevado pode ser devido ao interesse por parte dos profissionais da área, na implantação e ampliação de novas oportunidades de trabalho.

Um outro tema foi **“Princípios do SUS, Lei 8080 e 8142 de 1990”**. Apesar destas leis fazerem parte de uma macropolítica, foram colocadas junto com os princípios do SUS por fazerem parte do cotidiano das equipes. Entraram neste tema os assuntos Universalidade, Integralidade, Participação Popular, Execução dos serviços de Saúde, Instâncias colegiadas de participação popular e Gestão Participativa.

Os assuntos “Universalidade, Integralidade e Participação Popular”, tiveram um desempenho de 92,9% de respostas adequadas mostrando que o conhecimento dos grupos em relação aos princípios do SUS está num patamar de implantação quase plena. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de que princípios do SUS e a participação da comunidade são vivenciados no dia a dia de uma UBS. Os princípios do SUS estão presentes em todos os momentos de atuação das equipes desde o planejamento das ações à assistência propriamente dita, e a Participação Popular através da atuação dos Conselhos Populares e Conselho Gestor locais.

O assunto “Execução dos serviços de saúde”, segundo a lei 8080, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação à esta competência do município na execução dos serviços de saúde, está num patamar de implantação plena. Este nível de implantação pode ser devido ao entendimento pelas equipes, de que as diretrizes para o trabalho são dadas pelo município, e é a ele através da opção pelo modelo de gestão, que compete a execução dos serviços.

O assunto “Instâncias colegiadas de participação popular”, teve um desempenho de 85,7% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação às Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, propostas na lei 8142, está num patamar satisfatório de implantação. Este satisfatório de implantação pode ser devido à participação mais efetiva das categorias profissionais da Odontologia, nas Conferências de Saúde do município de São Paulo.

O assunto “Gestão Participativa”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação à garantia democrática da participação de representação dos usuários, trabalhadores e prestadores em todas as esferas de governo, está num patamar de implantação

satisfatório quase pleno. Este nível de implantação pode ser devido à participação mais efetiva dos profissionais da Odontologia nas instâncias colegiadas de participação popular, o que lhes confere maior propriedade no entendimento da participação dos vários setores de interesse na gestão, e também por atuarem na zona leste do município, onde o Movimento Popular de Saúde é historicamente atuante e forte.

No tema **"Estratégia Saúde da Família"**, entraram os assuntos Objetivo da Estratégia Saúde da Família, Etapas de implantação da Estratégia Saúde da Família, Cadastro da Famílias, Princípios norteadores do trabalho na Estratégia Saúde da Família, Princípios da Estratégia Saúde da Família, Eixos Fundamentais da Estratégia Saúde da Família e Atribuições comuns dos membros das equipes da Estratégia Saúde da Família.

O assunto "Objetivo da Estratégia Saúde da Família", teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que a mudança do modelo assistencial passivo para outro com papel mais dinâmico na busca de soluções para o seu território, está num patamar de implantação satisfatório quase pleno. Este nível de implantação pode ser devido ao fato desse objetivo se constituir na essência da proposta de substituição do modelo ainda hegemônico, pelo modelo assistencial onde atuam.

O assunto "Etapas de implantação da Estratégia Saúde da Família", teve um desempenho de 64,3% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que existe uma preferência estratégica na priorização das etapas de implantação da Estratégia Saúde da Família, está num patamar de implantação parcial quase insatisfatório. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de que a implantação das ESB acontece em momento posterior à implantação das UBS

com Equipes de Saúde da Família, que tem a oportunidade de vivenciar praticamente todas as etapas.

No assunto “Cadastro das Famílias”, quando o instrumento se referiu à Ficha A, como sendo o instrumento próprio para o registro de informações referentes aos riscos ambientais, sociais e de saúde, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que esta ficha é o instrumento apropriado para esses registros, está num patamar de implantação pleno. Porém, quando se referiu ao Instrumento Básico de reconhecimento da realidade do território, teve um desempenho de apenas 64,3% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que o cadastro das famílias (que é feito através da Ficha A) é este instrumento, está num patamar de implantação parcial quase insatisfatório. Este nível de implantação pode ser devido a um fator de confusão quando se refere a Ficha A, termo corriqueiramente utilizado pelas equipes, ou cadastro das famílias, termo corriqueiramente utilizado por gestores e gerentes.

O assunto “Princípios norteadores do trabalho na Estratégia Saúde da Família”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação a necessidade do incentivo à participação popular, a busca da humanização do atendimento e a promoção da família como núcleo básico de abordagem para a saúde, está num patamar de implantação satisfatório quase pleno. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de que estes princípios são reavivados a cada instante do cotidiano do trabalho na estratégia, seja na assistência ao usuário ou em momentos reservados para discussões de equipes e reuniões gerenciais.

O assunto “Princípios da Estratégia Saúde da Família”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que ter caráter substitutivo, fazer cadastro das famílias do território, fazer diagnóstico de situação, dirigir ações aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, desenvolver ações de acordo com o planejamento baseado no diagnóstico situacional local, buscar integração com outras instituições e organizações, e ser um espaço para construção da cidadania, está num patamar de implantação pleno. Este nível de implantação também pode ser devido ao fato de que os princípios da estratégia são exercitados a cada instante do cotidiano de trabalho das equipes.

O assunto “Eixos Fundamentais da Estratégia Saúde da Família”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que o território, população adscrita, trabalho em equipe e ações intersetoriais são eixos fundamentais para a o desenvolvimento da estratégia, está num patamar de implantação pleno. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de que esses eixos da estratégia são conceitos e atitudes exercitados quotidianamente no trabalho das equipes.

O assunto “Atribuições comuns dos membros das equipes da Estratégia Saúde da Família”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de quais são as atribuições comuns aos profissionais que trabalham na estratégia, está num patamar de implantação pleno. Este nível de implantação pode ser devido ao efetivo trabalho em equipe, onde todos os profissionais assumem as responsabilidades em relação às suas atribuições de categoria, mas também entendem a existência e dividem as responsabilidades sobre as atribuições comuns na estratégia.

No tema **“Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família”**, entraram os assuntos, Regulamentação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, Atribuições específicas do Cirurgião Dentista, Atribuições dos membros da equipe de Saúde Bucal e a identificação de como são trabalhados os princípios do SUS na assistência odontológica.

O assunto “Regulamentação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família”, teve um desempenho de 85,7% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação à criação das duas modalidades de ESB terem sido criadas pela portaria ministerial nº 267, de 6 de Março de 2001, está num patamar de implantação satisfatório. Este nível de implantação pode ser devido ao fato da importância da portaria para a categoria, por ter sido a que estabeleceu a classificação das modalidades de ESB.

O assunto “Atribuições específicas do Cirurgião Dentista”, teve um desempenho de 85,7% de respostas adequadas, mostrando que o conhecimento dos grupos de que realizar diagnóstico para obter perfil epidemiológico das doenças bucais, atendimento de urgências odontológicas e realização de pequenas cirurgias odontológicas ambulatoriais são atribuições exclusivas dos CD, está num patamar de implantação satisfatório. O autor não encontrou uma provável justificativa para este nível de implantação (onde esperava 100% de respostas adequadas), pois a questão era bem clara e se referia entre outras, no enunciado, à realização de pequenas cirurgias ambulatoriais.

O assunto “Atribuições dos membros da equipe de Saúde Bucal e a identificação de como são trabalhados os princípios do SUS na assistência odontológica”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas na questão dissertativa, mostrando que o conhecimento dos grupos em relação às atribuições dos membros da ESB na

otimização do trabalho em equipe, está num patamar de implantação plena. Este nível de implantação pode ser devido ao exercício constante dessas atribuições e princípios na operacionalização das ações de saúde bucal.

O autor observou que grande parte do conteúdo foi apreendido pelos profissionais como mostra o resultado final do eixo, que pelos parâmetros e critérios estabelecidos, encontra-se **“Satisfatoriamente implantado” (87,7% de respostas adequadas)**. Porém, quando os assuntos foram analisados isoladamente, pôde-se identificar que para alguns dos aspectos normativos o percentual de respostas adequadas sobre o conhecimento foi apenas parcial, girando entre 60 e abaixo de 80%. Isso aconteceu para situações como o conhecimento dos grupos sobre o Plano Nacional de Saúde, seus objetivos e intenções, onde o percentual encontrado foi de 64,3% sendo considerado “Parcialmente implantado” (entre 60 e abaixo de 80%). O mesmo percentual foi identificado para o conhecimento dos grupos sobre as etapas de implantação para a organização da Estratégia Saúde da Família, entre outros. Este percentual de respostas adequadas está muito mais próximo do nível “Insatisfatoriamente implantado” (abaixo de 60%) do que do nível “Satisfatoriamente implantado” (entre 80 e abaixo de 100%). Para outros aspectos, como conhecimento dos grupos sobre o que estabelece os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988; princípios e diretrizes do SUS; gestão participativa; princípios norteadores do trabalho das equipes de Saúde da Família; regulamentação das propostas para implantação ou expansão de equipes de Saúde da Família entre outros, o percentual de respostas adequadas foi de 92,9% sendo considerado “Satisfatoriamente implantado”. Este percentual, por sua vez, está mais próximo do nível “Plenamente implantado” (100%), do que do nível “Parcialmente implantado”. O conhecimento dos grupos sobre princípios da Estratégia Saúde da Família; eixos fundamentais da

Estratégia Saúde da Família; atribuições dos membros das equipes de Saúde da Família; e, cadastro, através da ficha A do SIAB, como instrumento básico de reconhecimento da realidade local, tiveram um percentual de respostas positivas de 100%, sendo considerado como “Plenamente implantado”

Na análise por temas o autor verificou que os melhores desempenhos foram relativos aos temas Princípios do SUS, Lei 8080 e 8142, Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (em torno de 90% de respostas adequadas), que continham os assuntos em permanente evidência no dia a dia de trabalho das equipes. O pior desempenho, como esperado, ficou com o tema Macropolíticas (em torno de 80% de respostas adequadas), pois continha assuntos mais comuns para o nível de gestão, porém, com o desempenho satisfatório.

6.2 “Adequação do processo de trabalho”

Da mesma forma, como utilizado para a discussão do eixo anterior, o autor procurou também agrupar os assuntos avaliados em temas, na tentativa de favorecer uma visão ampliada e facilitar a leitura das facilidades ou dificuldades encontradas pelas equipes no desenvolvimento dos processos de trabalho. Ficaram definidos então os temas: Estratégias de acesso; Referência e contra-referência; Acolhimento; Ações educativas; Ações assistenciais; Intersetorialidade; e, Ações interdisciplinares. Lembra o autor, que grande parte deste eixo de análises foi composto por informações obtidas do Roteiro de Inspeção e Monitoramento aplicado

pela SMS/SP no ano de 2006, logo, as situações encontradas no momento da coleta de dados por este instrumento, podem não condizer com a realidade atual.

No tema **“Estratégias de acesso”** entraram os assuntos: Lista de Espera; Triagem de risco; e, Prioridades para agendamento de consultas.

O assunto “Lista de espera” para o acesso da população ao serviço de Saúde Bucal teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatória quase plena. Indica que quase a totalidade das unidades de saúde pesquisadas não utilizavam essa estratégia inadequada de acesso. Apenas uma unidade respondeu que ainda utilizava esta estratégia no momento da coleta. No momento da aplicação do instrumento para a coleta de dados (ano de 2006), esta unidade contava com um profissional CD efetivo do quadro de funcionários da Prefeitura Municipal de São Paulo, contratado por 20 horas semanais e com uma ACD contratada por 30 horas semanais, trabalhando no modelo hegemônico. Ainda não contava portanto, com profissionais da Saúde Bucal trabalhando na Estratégia Saúde da Família que tem carga horária de 40 horas semanais.

O assunto “Triagem de risco” teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatória quase plena. No momento da coleta de dados apenas 2 unidades pesquisadas, não possuíam ESB na Estratégia Saúde da Família. Dessas duas unidades que não possuíam ESB na estratégia, 1 utilizava a triagem de risco e outra utilizava a lista de espera para acesso ao serviço de Saúde Bucal. Todas as unidades que possuíam ESB na Estratégia Saúde da Família utilizavam a triagem de risco para acesso ao serviço, ou seja, 100% das unidades com ESB na estratégia, utilizavam a forma adequada de acesso.

O assunto “Prioridade para agendamento” teve um desempenho de 64,3% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial quase insatisfatório. Das unidades pesquisadas, 4 não responderam ao quesito e 1 respondeu que não havia prioridade para agendamento. Todas essas 5 unidades com respostas inadequadas possuíam ESB na Estratégia Saúde da Família. Para a estratégia, são grupos prioritários os portadores de diabetes, hipertensão, gestantes e crianças menores de dois anos. Para a Saúde Bucal são grupos prioritários os indivíduos com alto risco para cárie, doença periodontal e com alterações em tecidos moles classificados com o código 2 (Critérios de risco). Este nível de implantação ficou aquém do esperado pelo autor tendo em vista que a identificação de prioridades para a estratégia e para a Saúde Bucal especificamente, são parte do cotidiano de trabalho das equipes.

No tema **“Referência e contra-referência”,** entraram os assuntos: Conhecimento das referências para encaminhamento da demanda de especialidades odontológicas; Controle do sistema de referência e contra-referência; e, Conhecimento dos protocolos de atendimento dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO.

O assunto “Conhecimento das referências para encaminhamento da demanda de especialidades odontológicas”, teve um desempenho de 71,4% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial. Das unidades pesquisadas, as 4 que não responderam estão localizadas em região onde não havia referência para atendimento de especialidades no momento da coleta de dados. Talvez esta seja a justificativa para este nível parcial de implantação. Analisando de outra forma, 100% das unidades localizadas em regiões que

contavam com referência para atendimento de especialidades odontológicas, sabiam para onde encaminhar adequadamente essa demanda.

O assunto “Controle do sistema de referência e contra-referência”, teve um desempenho de 64,3% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial quase insatisfatório. Das 5 unidades que responderam inadequadamente, 3 estavam localizadas em regiões onde não havia referência para atendimento de especialidades odontológicas e, 4 não exerciam nenhum tipo de controle sobre os encaminhamentos e retornos.

O assunto “Conhecimento dos protocolos de atendimento dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatório quase pleno. Apenas 1 unidade não respondeu ao quesito. Este nível de implantação pode ser devido à disponibilização dos protocolos para as unidades de saúde e iniciativas regionais de capacitação dos profissionais da rede para o conhecimento dos protocolos de atendimento nos CEO.

No tema **“Acolhimento”**, entraram os assuntos: Profissional que faz a avaliação das urgências odontológicas; e, Como é feito o acolhimento do usuário na falta do CD.

O assunto “Profissional que faz a avaliação das urgências odontológicas”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação plena. Apesar do acolhimento do usuário acontecer na maioria das vezes, no balcão de recepção, quando a queixa é de origem odontológica existe o cuidado do encaminhamento ao profissional CD.

O assunto “Como é feito o acolhimento do usuário na falta do CD”, teve um desempenho de 64,3% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial quase insatisfatório. Este nível de desempenho pode ser devido ao fato de 4 unidades pesquisadas não terem respondido ao quesito.

No tema **“Ações educativas”**, entraram os assuntos: Escovação Supervisionada; Existência de grupos educativos específicos da Saúde Bucal; Participação nos grupos educativos da UBS; e, Ações realizadas pelo CD quando a quebra do equipamento impossibilita a assistência.

O assunto “Escovação Supervisionada”, teve um desempenho e 100% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação plena. Este nível de implantação pode ser devido à importância da escovação supervisionada, ítem dos Procedimentos Coletivos, como um dos indicadores principais de saúde bucal na atenção básica, pactuado pelo município de São Paulo e, por ser parte integrante das diretrizes municipais para a atenção em saúde bucal do município.

O assunto “Existência de grupos educativos específicos da Saúde Bucal”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatório quase pleno. Das unidades pesquisadas apenas 1 não realizava grupos específicos de Saúde Bucal. Grupos de bebês, de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, de prevenção de cáries e doença periodontal são alguns exemplos de grupos específicos.

O assunto “Participação nos grupos educativos da UBS”, teve um desempenho de 85,7% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatório. Das unidades pesquisadas, 2 responderam inadequadamente ao quesito. Uma das unidades possuía ESB na Estratégia Saúde da Família e outra não. Apesar de satisfatório, este nível de implantação, teve um desempenho abaixo do esperado

pelo autor, pois a participação dos profissionais da ESB nos grupos realizados na UBS é imprescindível. Este momento da realização de grupos nas unidades, serve também como acesso às ações de saúde bucal para os grupos prioritários da estratégia (outra porta de entrada), que compõe quase que a totalidade dos grupos.

O assunto “Ações realizadas pelo CD quando a quebra do equipamento impossibilita a assistência”, teve um desempenho de 57,1% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação insatisfatória. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de 5 das unidades pesquisadas não terem respondido ao quesito. Dos grupos que responderam ao quesito, todos desempenham algum tipo de atividade educativa quando da impossibilidade do atendimento ao usuário

No tema **“Ações assistenciais”**, entraram os assuntos: Quantidade de consultas agendadas por período, por CD; Quantidade de consultas de urgência atendidas por período, por CD; Ampliação e qualificação da assistência; e, Ações para a ampliação e qualificação da assistência.

O assunto “Quantidade de consultas agendadas por período, por CD”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação plena. Este nível de desempenho teve como referência os parâmetros para atendimento na clínica odontológica das diretrizes municipais para a Saúde Bucal. Este documento fala em agendamento mínimo de 4 a 5 consultas por período de trabalho diário, para profissionais que trabalham com ACD.

O assunto “Quantidade de consultas de urgência atendidas por período, por CD”, teve um desempenho de 42,9% de respostas adequadas, ficando num patamar de implantação insatisfatório. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de 8 das unidades pesquisadas não terem respondido ao quesito. Todas as unidades que responderam não estabelecem limites ao atendimento de urgências.

O assunto “Ampliação e qualificação da assistência”, teve um desempenho de 71,4%, estando num patamar de implantação parcial. As 4 unidades que responderam de forma inadequada entenderam que a organização do processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos para a resolução do problema que motivou a procura pela assistência, estava ligado aos conceitos de equidade e integralidade.

O assunto “Ações para a ampliação e qualificação da assistência”, teve um desempenho de 57,1% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação insatisfatória. Este nível de implantação pode ser devido ao entendimento dos grupos que responderam inadequadamente de que, diagnóstico precoce através da biopsia e exame anatomopatológico, reabilitação por próteses e a realização de procedimentos mais complexos, seja prerrogativa apenas da atenção secundária.

No tema **“Intersetoriailidade”**, entrou o assunto: Ações intersetoriais.

O assunto “Ações intersetoriais”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatória quase plena. Este nível de implantação pode ser devido à algumas práticas intersetoriais desenvolvidas nas UBS, onde as ações de promoção da saúde são mais efetivas quando acontece o envolvimento da escola, do comércio, da indústria, do governo e de organizações não governamentais.

No tema **“Ações interdisciplinares”**, entraram os assuntos: Participação da ESB nas reuniões gerais da UBS; Integração do trabalho das ESB com as outras equipes de profissionais; Visitas Domiciliares; Atuação interdisciplinar da ESB; Características do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família; e,

Identificação das interfaces de trabalho com os outros profissionais da equipe de saúde da família.

O assunto “Participação da ESB nas reuniões gerais da UBS”, teve um desempenho de 92,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatória quase plena. A unidade pesquisada que respondeu que não participa das reuniões gerais da UBS, não possuía ESB na Estratégia Saúde da Família no momento da pesquisa. Todas as unidades que possuíam ESB na Estratégia Saúde da Família responderam adequadamente ao quesito. A participação de todas as equipes nas reuniões gerais é imprescindível. O momento ocorre para a discussão de assuntos administrativos gerais sobre a condução do trabalho nas UBS, mas também para o eventual realinhamento dos processos de trabalho e nenhum gerente deveria prescindir dessa participação. A ESB não tem autonomia para a tomada de decisão de participar ou não das reuniões gerais, pois isso é uma competência gerencial.

O assunto “Integração do trabalho das ESB com as outras equipes de profissionais”, teve um desempenho de 78,6% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial quase satisfatória. Este nível de implantação ficou aquém do esperado pelo autor tendo em vista que a efetiva mudança para a qualificação da assistência exige máxima integração entre os profissionais. A integração entre os profissionais deve acontecer a todo instante do trabalho, porém, as reuniões de equipes e reuniões gerais são momentos em que essa integração se aprimora e se fortalece. O autor ratifica o caráter imprescindível da participação de todas as equipes nos momentos destinados às reuniões da UBS. Das 3 unidades que responderam inadequadamente ao quesito, 1 não possuía ESB na Estratégia Saúde da Família no momento da pesquisa.

O assunto” Visitas Domiciliares”, teve um desempenho de 78,6% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial quase satisfatória. Este nível de implantação ficou aquém do esperado pelo autor. No caso da Saúde Bucal, as demandas para visitas domiciliares, que acontece aos pacientes acamados ou com problemas severos de locomoção, surgem dos momentos de reuniões de equipe onde os ACS socializam os problemas encontrados nas famílias visitadas e abrem a discussão sobre a necessidade ou não da visita domiciliar da ESB. Das 3 unidades que responderam inadequadamente ao quesito, 2 não possuíam ESB na Estratégia Saúde da Família no momento da pesquisa.

O assunto “Atuação interdisciplinar da ESB”, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação plena. Este nível de implantação pode ser devido ao entendimento dos grupos de que a atuação da ESB deve ir além do trabalho técnico limitando a atuação apenas ao campo biológico. A interação com outros profissionais como forma de ampliação do conhecimento para uma abordagem mais completa do usuário, a troca de saberes e o respeito às diferentes percepções, deve acontecer de forma permanente.

O assunto “Características do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família”, teve um desempenho de 100%, estando num patamar de implantação plena. Este nível de implantação pode ser devido ao entendimento geral dos grupos de que a atualização dos cadastros das famílias, a definição precisa do território de atuação, a implementação de atividades segundo critérios de risco à saúde, a prática do cuidado familiar ampliado e o trabalho em equipe, são essenciais para o adequado desenvolvimento do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O assunto “Identificação das interfaces de trabalho com os outros profissionais da equipe de saúde da família”, teve um desempenho de 92,9% de respostas

adequadas na questão dissertativa, estando num patamar de implantação satisfatória quase plena. Este nível de implantação pode ser devido ao exercício cotidiano de identificação das interfaces de trabalho com os outros membros das equipes.

O autor observou da mesma forma, que parte representativa do conteúdo normativo foi compreendido e é aplicado pelos profissionais, como mostra o resultado final do eixo, que pelos parâmetros e critérios estabelecidos, encontra-se **“Satisfatoriamente implantado” (82,0% de respostas adequadas)**.

A análise isolada mostrou que para algumas questões/situações, o desenvolvimento do processo de trabalho acontece em consonância com as leis, normas e diretrizes propostas, com um percentual de respostas adequadas abaixo de 60%, sendo consideradas “Insatisfatoriamente implantadas”. Isso acontece para situações como a criatividade e atitude do CD na impossibilidade do atendimento clínico; e, na disponibilidade para o atendimento das urgências.

Para outras questões/situações, o desenvolvimento do processo de trabalho acontece de forma adequada, com um percentual entre 60 e abaixo de 80% de respostas adequadas ou de acordo com as leis, normas e diretrizes, sendo consideradas “Parcialmente implantadas”. Este nível de implantação ocorre para situações como, o conhecimento da referência para a demanda de especialidades odontológicas; o controle na UBS, do sistema de referência e contra-referência; a forma como os profissionais priorizam o agendamento; a forma como é feito o acolhimento do usuário na falta do CD; a integração com as equipes de saúde da família; a realização de visitas domiciliares; a organização dos processos de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos na tentativa de resolver o

motivo da procura da assistência (resolutividade); e, o desenvolvimento de ações visando a ampliação e qualificação da Atenção Básica.

Situações como a não utilização de lista de espera para pacientes; a utilização da Triagem de Risco; o conhecimento dos protocolos de atendimento dos Centros de Especialidades Odontológicas; e existência de grupos específicos de Saúde Bucal; a participação nas reuniões gerais da UBS; e, ações intersetoriais, tiveram um percentual de respostas adequadas entre 80 e abaixo de 100%, sendo consideradas "Satisfatoriamente implantadas".

Para as questões/situações como a avaliação das urgências odontológicas; a realização de escovação supervisionada; a quantidade de consultas agendadas por período, por CD; a interação multiprofissional e interdisciplinar; e, o conhecimento das características do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, o percentual de respostas adequadas foi de 100%, sendo consideradas "Plenamente implantadas".

Na análise por temas o autor verificou desempenhos de 92,9% de respostas adequadas para "Intersetorialidade"; de 90,5% para "Ações interdisciplinares"; de 83,9% para "Ações educativas"; de 83,4% para "Estratégias de acesso"; de 82,2% para "Acolhimento"; de 76,2% para "Referência e contra-referência"; e, de 67,8% para "Ações assistenciais".

6.3 "Estrutura"

Neste eixo de análise o autor verificou que a estrutura estabelecida nas UBS permite a operacionalização e o desenvolvimento do processo de trabalho adequado

ás leis, normas e diretrizes estabelecidas, como mostra o resultado final do eixo, que pelos parâmetros e critérios adotados, encontra-se também **“Satisfatoriamente implantado” (80,5%)**.

Foram consideradas as vertentes de análises: Recursos humanos, Equipamentos, Instrumentais, Materiais de consumo e Equipamentos de proteção individual.

A vertente de análises **“Recursos humanos”**, teve um desempenho de 100% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação plena. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de todas as equipes pesquisadas estarem completas e habilitadas no Ministério da Saúde.

A vertente **“Equipamentos”**, teve um desempenho de 93,9% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatória quase plena. Este nível de implantação pode ser devido ao fato de que algumas das unidades pesquisadas não estarem equipadas com um dos ítens pesquisados como micromotores, fotopolimerizadores e aparelhos de Raios X. Uma unidade respondeu que não tinha compressor, porém o autor entende que deve ter havido um engano na resposta, ou a unidade estava com problemas no compressor no momento da aplicação do instrumento, pois todas as unidades pesquisadas contam com este equipamento essencial para o funcionamento do consultório odontológico.

A vertente “**Instrumentais”**, teve um desempenho de 57,1% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação insatisfatória. Este nível de implantação pode ser decorrente da falta de uma política de reposição de instrumentais evidenciando uma situação crítica para o desenvolvimento adequado do processo de trabalho, uma vez que a falta desses instrumentos implica minimamente na restrição do acesso. O autor observou que a situação só não é tão

crítica para os instrumentais cirúrgicos, provavelmente pela frequência do uso e por suas próprias características estruturais.

A vertente "**Material de consumo"**, teve um desempenho de 64,3% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação parcial quase insatisfatória. Das unidades pesquisadas, 5 responderam que acontece falta de material de consumo impossibilitando o atendimento clínico. Para material de consumo existe uma política de reposição estabelecida pela SMS/SP, feita através de um almoxarifado central e com uma lógica de consumo médio mensal para cada unidade. O autor identifica, entretanto, algumas falhas pontuais ligadas à distribuição do material para as UBS e ao sistema de registro e envio de informações sobre a necessidade de materiais de consumo.

A vertente **"Equipamento de proteção individual"**, teve um desempenho de 87,2% de respostas adequadas, estando num patamar de implantação satisfatória. Este nível de implantação é devido ao fato de algumas unidades responderem que não recebem estes equipamentos em número suficiente para o atendimento. O autor ressalta que a forma de coleta do dado não possibilitou o entendimento de se tratar de uma situação corriqueira ou pontual.

A análise das vertentes ou questões/situações isoladas mostrou que para alguns ítens como, disponibilidade de instrumentais clínicos, as respostas adequadas foram de apenas 42,9% colocando essa vertente de análise numa condição "Insatisfatoriamente implantada", ao passo que a vertente recursos humanos com 100% das equipes completas está numa condição de "Plenamente implantada".

A implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família na capital paulista vem acontecendo com padrões distintos de ampliação. Na zona leste, iniciou a partir do convênio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo através do Projeto QUALIS em 1998 com a Casa de Saúde Santa Marcelina e a contratação, no período, de 8 dentistas. A administração municipal do quadriênio 2001-2004 marcou o período com a municipalização da saúde pela mudança do modelo de gestão, e ampliou para 19 o número de dentistas contratados para o PSF, ou seja, contratou mais 11 profissionais para o, chamado então no momento, Parceiro Casa de Saúde Santa Marcelina. A marca da atual administração municipal na área da saúde (quadriênio 2005-2008), são os contratos de gestão com as Organizações Sociais, e neste período a ampliação do número de profissionais contratados para o PSF na zona leste passou para 45, com a contratação de mais 26 dentistas. A ampliação ocorreu de forma diferenciada entre esses períodos, porém com uma trajetória ascendente de contratações. Apesar do aumento do número de Equipes de Saúde Bucal na região, sob a administração da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina, existe ainda uma disparidade muito acentuada em relação ao número de Equipes de Saúde da Família, levando em consideração a normativa do Ministério da Saúde (Portaria nº 673/GM, de 2003) que abre a possibilidade para os municípios, da contratação de 1 Equipe de Saúde Bucal para 1 Equipe de Saúde da Família. Sob a administração desta instituição, existem atualmente apenas 25 Equipes de Saúde Bucal e 232 Equipes de Saúde da Família habilitadas no Ministério da Saúde, ou seja, uma proporção de aproximadamente 1:9 respectivamente.

Para a gestão do Programa, os resultados foram ricos no sentido de subsidiar os processos decisórios a partir desse marco avaliatório. Os resultados ofereceram

um panorama geral da implantação sob os eixos avaliados e mostraram os pontos de fragilidade que poderão reorientar a tomada de decisões, que deverá ser conduzida não somente no sentido da extinção destes pontos de fragilidade, mas na garantia de manutenção das conquistas que estão num patamar de implantação satisfatória e plena.

Por estar o avaliador na posição de “Avaliador interno” foi feita a opção pelo rigor nos parâmetros de avaliação, onde considerou-se como resposta não adequada, também as questões que não foram respondidas pelas equipes. Outro aspecto que mostra o rigor foi a classificação dos critérios, onde o critério “Satisfatoriamente Implantado” foi considerado apenas para um índice igual ou superior a 80% de respostas adequadas para as situações pesquisadas.

O autor espera que a devolutiva desses dados para as UBS e equipes, possa no mínimo, provocar algumas discussões como a introdução em suas rotinas de trabalho, da preocupação com a avaliação do serviço e da assistência, e a Identificação de fatores facilitadores e dificultadores para a efetiva implementação do Programa de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Em relação à metodologia proposta, o autor ressalva às questões relativas ao desenvolvimento do processo de trabalho. Entende que o ideal seria uma observação próxima dos acontecimentos e não através de instrumentos. Porém, o fato do avaliador fazer parte da equipe de coordenação desde o início da implantação do programa, fazer a avaliação constante de indicadores de processo e de produção, e conhecer a forma de trabalho das equipes de ponta, foi um viés irrefutável, mas que deu certa segurança na análise e interpretação dos dados desse eixo.

Apesar da avaliação do programa ter sido viabilizada apenas após uma década de sua existência, o autor entende que esse tempo pode não ter sido um atraso e sim um tempo adequado e precioso para a confirmação de que as estratégias utilizadas tiveram, ou não, o resultado esperado. Entende como natural e necessário, que a gestão institucionalize os processos avaliatórios e que volte seus olhares também, para os resultados das ações do programa nas condições de saúde bucal da população usuária.

Este deverá ser o próximo passo na tentativa de consolidação deste modelo assistencial na região. Foram dados apenas passos tímidos na caminhada que se iniciou.

7 CONCLUSÃO

O Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família está **Satisfatoriamente Implantado (83,4%)** na zona leste do município de São Paulo, considerando o conhecimento dos profissionais envolvidos sobre as leis, normas e diretrizes para a Saúde Bucal na Atenção Básica, a adequação do processo de trabalho às leis, normas e diretrizes, e a estrutura oferecida nos consultórios odontológicos para o desenvolvimento das ações.

REFERÊNCIAS [1]

Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. Rev Ciên Saúde Coletiva 2007; 1: 25.

Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2005;21(4):1026-35.

Bourget MMM, organizador. Guia para o planejamento local. São Paulo: Ed. Martinari, 2005.

Bourget MMM, organizador. Programa Saúde da Família: Saúde Bucal. São Paulo: Ed. Martinari, 2006.

Brasil. Lei n. 6229 de 17 de Julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 de jul. 1975. p. 8921.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988. Seção II, p. 37.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990a. Seção I, p. 18.055.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de dez. 1990b.

Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Resolução n. 273, de 17 de Julho de 1991. Norma Operacional Básica/SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 17 de Jul. 1991.

[1]De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria n. 545, de 20 de Maio de 1993. Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 de Mai. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 6 de nov. 1996. Seção I, p. 22.93.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1882 de 18 de dezembro de 1997. Estabelece Piso de Atenção Básica PAB e sua composição. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de dez. 1997. Seção I, p.10.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança, OPAS (Organização Panamericana da Saúde). Manual de acompanhamento e avaliação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Brasília (DF); 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de dez. 2000. Seção I, p. 85.

Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Noma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 de jan. 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 267 de 6 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 7 de mar. 2001b. Seção I, p. 67.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-

SUS 01/2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de fev. 2002. Seção I, p. 52.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 673 de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 4 de jun. 2003a. Seção I, p. 44.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica: produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de Junho de 2003. Outubro 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de jan. 2004a. Seção I, p. 55.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Rev Bras Saúde Mater Infant 2004b;4(4):449-59.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de fev. 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 493 de 13 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 de mar. 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2489 de 21 de outubro de 2008. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de out. 2008. Seção 1 – pág. 61.

Campos JADB. Odontologia ideal: qualidade e ética. Rev Uniara Araras 2004; 15.

Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma região metropolitana do nordeste brasileiro. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006;6(4):437-45.

Cosendey MAE. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulação com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Pública 1997;13(1):103-7.

Francesconi CF, Goldim JR. Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.

Gaudenzi EN. Uma visão sobre a ética na atualidade. Rev Ci Med Biol 2004; 3 (1): 139-144

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Champagne F, Leal MC. Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarréica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant 1995;9(2):35-50.

Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciên Saúde Coletiva 1999;4(2):341-53.

Hospital Santa Marcelina. Disponível em URL: http://www.santamarcelina.org/ [2008/10/10]

Instituto das irmãs de Santa Marcelina. Carisma marcelino. Disponível em URL: http://www.marcelinas.org.br/carisma.asp?are_cod_id=6 [2008/10/15]

King JA, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. How to assess program implementation. California: Sage Publications; 1987.

Luis OC. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. Arq Med ABC 2005; 30 (2):69-75.

Nemes MIB, Castanheira ELR, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2004;20 Supl 2:S-310-21.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde Rev Saúde Pública 2000;34 (5): 547-9.

Rundall TG. Health planning and evaluation. In: Last JM, Wallace RB, editores. Public health & preventive medicine. 13th ed. Norwalk: Appletun & Lange; 1992.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública 1998;14(4):741-51.

Samico I, Hartz ZMZ, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife 2005;5(2):229-40.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal no município de São Paulo. São Paulo, 2006.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994;10(1):80-91.

Universidade Estadual de Campinas. Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. Campinas: NEPP UNICAMP; 1999. 142 p. Relatório Final.

Walter LRF e Nakama L. Pacientes de alto índice de cárie x pacientes de alto risco: Qual a conduta? In: Bottino MA, Feller C coordenadores. Atualização na clínica odontológica: O dia-a-dia do clínico geral. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 251-8.

ANEXO A - Planilha de Triagem

USF_______________________________________ Agente comunitária _____________________

Micro-área____________ Mês_____________ Ano__________

Micro	Fam	Nome	Data de Nasc.	Cárie			Índice Periodontal							Tec. Mole	Nec.Prótese	
				Risco	n.º	n.º urg	14	11	26	34	31	46	tot		P T	P P R

ANEXO B - Instrumento para coleta de dados relativos ao conhecimento dos profissionais das unidades básicas de saúde sobre as normas e diretrizes para a saúde bucal na estratégia saúde da família e, relativos ao processo de trabalho

1. Estabelece os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988:

(a) Que a saúde é direito de todos e dever do Estado.
(b) Que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde.
(c) Que o Sistema Único de saúde deverá ser organizado tendo como diretrizes a descentralização com direção única a atenção integral e a participação da comunidade
(d) Todas as alternativas anteriores

2. São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, exceto:

(a) Universalidade, integralidade, participação da comunidade
(b) Igualdade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde
(c) Centralização político administrativa, utilização da literatura internacional para o estabelecimento de prioridades
(d) Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos

3. É competência do município, segundo a lei 8.080:

(a) Gerenciar e executar os serviços de saúde
(b) Avaliar os sistemas estaduais de saúde
(c) Coordenar os sistemas inter-regionais de saúde
(d) Assessorar técnica e financeiramente o estado

4. A Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. É esta Lei que estabelece, em seu artigo 1º, que o S.U.S. contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas:

(a) Conselho popular de saúde e Fundo de saúde
(b) Conferência de saúde e Conselho de saúde
(c) Fundo de saúde e Planos de saúde
(d) Conselho gestor e Conselho popular de saúde

5. A norma operacional que, anunciou a implantação do Piso da Atenção Básica (P.A.B.) estipulando um valor fixo per capita, a ser repassado para os municípios organizarem a atenção básica; estabeleceu que os municípios deveriam assumir no mínimo, a gestão da atenção básica, para firmarem o convênio com a União; anunciou incentivo de 2% de acréscimo no P.A.B. para cada 5 % de população coberta com o Programa de Saúde da Família ou o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, foi:

(a) Norma Operacional de 1991
(b) Norma Operacional de 1993
(c) Norma Operacional Básica de 1996
(d) Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001

6. A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18/12/1.997 anuncia "O Programa de Saúde da Família" como uma estratégia para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, sob o enfoque das famílias que o constituem.

O principal objetivo desta estratégia é:

(a) Transformação de um modelo assistencial passivo em outro no qual os serviços de saúde têm papel mais dinâmico na busca de soluções para os problemas do seu território, principalmente através da visita domiciliar e do olhar do agente comunitário de saúde.
(b) Definir o território para estabelecer a responsabilidade sanitária da Unidade básica de saúde.
(c) Cadastrar todas as famílias do território para que seja possível fazer o planejamento do trabalho conhecendo as situações de risco.
(d) Promover saúde através da centralização da atenção no indivíduo, considerando o contexto sócio-econômico-cultural e religioso.

7. A Estratégia Saúde da Família vem sendo implantada no país nas unidades básicas de saúde que já desenvolviam o modelo tradicional de assistência ou em unidades recém-inauguradas. Em ambos os casos, os trabalhos são organizados a partir das seguintes etapas, preferencialmente:

(a) Recrutamento, seleção e contratação de pessoal; treinamento introdutório; sensibilização e divulgação para a população; adesão; capacitação das equipes; educação continuada; acompanhamento e avaliação; manutenção e financiamento.
(b) Treinamento introdutório; sensibilização e divulgação para a população; adesão; recrutamento, seleção e contratação de pessoal; capacitação das equipes; educação continuada; acompanhamento e avaliação; manutenção e financiamento.
(c) Sensibilização e divulgação para a população; adesão; recrutamento, seleção e contratação de pessoal; treinamento introdutório; capacitação das equipes; educação continuada; acompanhamento e avaliação; manutenção e financiamento.
(d) Recrutamento, seleção e contratação de pessoal; educação continuada; treinamento introdutório; sensibilização e divulgação para a população; adesão; capacitação das equipes; acompanhamento e avaliação; manutenção e financiamento.

8. O cadastro da família propicia um bom conhecimento da população a ser assistida uma vez que permite a identificação dos riscos ambientais, sociais e de saúde, como por exemplo, as doenças referidas. Essas informações são registradas em que ficha específica:

(a) Ficha D
(b) Ficha C
(c) Ficha B
(d) Ficha A

9. São princípios que devem nortear o trabalho das equipes de saúde da família, exceto:

(a) Incentivar a participação popular
(b) Buscar a humanização do atendimento
(c) Atender exclusivamente a população cadastrada
(d) Promover a família como núcleo básico de abordagem para a saúde

10. A regulamentação das ações de Saúde Bucal ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de Dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas para este fim foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de Março de 2001. Destaca-se nesta portaria:

(a) O estabelecimento da referência de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família
(b) A criação das duas modalidades de formação de equipes de saúde bucal
(c) A entrega de um equipo odontológico completo para cada equipe habilitada na modalidade II
(d) O aumento do incentivo anual para equipes de Modalidade I passando a receber R$ 20.400,00 e as equipes de Modalidade II passando a receber R$ 26.400,00 para custeio.

11. A Lei nº 8.080/90 estabelece como atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (artigo 15), indicando ainda que, ~~de~~ em conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”.
O presente “Plano Nacional de Saúde” está expresso de modo a apresentar, objetivamente, as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007.
Em relação ao Plano Nacional de Saúde podemos afirmar:

(a) São princípios orientadores do plano a inclusão social e redução das desigualdades sociais; crescimento com geração de emprego e renda,

ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais; e promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia.
(b) O grande objetivo proposto para o presente Plano Nacional de Saúde é: Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a eqüidade na atenção,

aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais.
(c) Entre as iniciativas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde para o plano estão a Saúde Bucal, a Saúde Mental e a Saúde da Mulher.
(d) Todas estão corretas

12. A Gestão Participativa está bem definida como princípio norteador das ações nas Diretrizes da Política Nacional para a Saúde Bucal. O que você entende por Gestão Participativa.

(a) Assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde
(b) Definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo
(c) Responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução
(d) Implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território

13. Em relação a Interdisciplinaridade e ao Multiprofissionalismo, é correto afirmar:

(a) A atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico odontológico.
(b) A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seus conhecimentos, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo.
(c) A troca de saberes e o respeito mutuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais da saúde
(d) todas estão corretas

14. Em ralação a Integralidade das ações, a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta:

(a) Ações de Promoção e Prevenção à saúde
(b) Ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo.
(c) Ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Tratamento, cura e Reabilitação

(d) Ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação, em nível individual.

15. “As ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas”. Esta afirmativa está relacionada ao conceito de:

(a) Intersetorialidade
(b) Integralidade das ações
(c) Participação Popular
(d) Universalidade

16. “Organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver o problema que motivou a procura da assistência”. Este conceito fala de:

(a) Integralidade das ações
(b) Ampliação e Qualificação da Assistência
(c) Universalidade do acesso
(d) Equidade

17. Visando a Ampliação e Qualificação da Atenção Básica, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de:

(a) Prevenção e controle de câncer bucal
(b) Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica
(c) Inclusão de reabilitação protética na atenção básica
(d) todas as anteriores

18. São eixos fundamentais da Estratégia Saúde da Família:

(a) Território, população adscrita, trabalho em equipe e intersetorialidade
(b) Cadastro, população adscrita, população cadastrada e SIAB
(c) Território, interdisciplinaridade, cuidado individual e agente comunitário de saúde
(d) Visita domiciliar, vigilância sanitária, educação continuada e tratamento especializado

19. Para a unidade de saúde, o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território é o:

(a) Levantamento epidemiológico
(b) Plano de ação
(c) Cadastro das famílias
(d) Sistema de informação ambulatorial (SIA)

20. São princípios da Estratégia Saúde da Família:

(a) Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional.
(b) Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.
(c) Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania.
(d) Todas as anteriores

21. "Garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas", é competência de:

(a) Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal
(b) Secretaria Estadual de Saúde
(c) Ministério da Saúde
(d) Nenhuma das anteriores

22. São características do processo de trabalho da estratégia Saúde da Família:

(a) Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
(b) Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;
(c) prática do cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
(d) Todas as anteriores

23. "O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe".
Em relação ao Curso Introdutório recomenda-se que:

(a) Seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF
(b) A responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, ~~seja~~ é da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde
(c) A responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, ~~e~~ é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.
(d) Todas as anteriores

24. O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. A proposta deve definir:

(a) Território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas, infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes.
(b) Ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional, processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes, forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais.
(c) Implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo, processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação, e a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.
(d) Todas as anteriores

25. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local e, realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, são atribuições:

(a) De todos os membros das equipes
(b) Apenas de médicos, enfermeiros e dentistas
(c) Apenas de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem
(d) Apenas da gerência e equipe administrativa

26. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal e, realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais são atribuições específicas do:

(a) Técnico de Higiene Dentário
(b) Cirurgião Dentista
(c) Da equipe de saúde bucal
(d) De nenhum dos anteriores

27. Após o cadastramento da população de determinado bairro, a equipe de saúde bucal do PSF da Unidade de Saúde "Santa Marcelina", iniciou o planejamento das ações de saúde bucal. A unidade de saúde tem uma população cadastrada de 20.000 pessoas distribuídas em 5 áreas, com 5 equipes nucleares e 2 equipes de saúde bucal, sendo 1 de modalidade I e 1 de modalidade II.

Estabeleça as atribuições e competências de cada membro da equipe de saúde bucal na organização do serviço descrevendo como são trabalhadas questões relativas aos princípios e diretrizes do SUS-PSF e como são viabilizadas as interfaces com os outros profissionais das equipes, unidade de saúde, família e território.

ANEXO C - Roteiro de inspeção das unidades de saúde e monitoramento da implantação das Diretrizes para a atenção em saúde bucal "Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal", São Paulo, 2006

Roteiro de inspeção das unidades de saúde e monitoramento da implantação das *DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL*

"Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal"

Julho de 2006

UBS:_____ Telefone da UBS:_____

Coordenadoria Regional de Saúde:_____ **Supervisão**_____
Gerente:_____ Categoria profissional do gerente_____

Data: _____/_____/_____

1- RECURSOS HUMANOS

Nome completo		Telefone p/ contato	R.F/ RG	Horário	Especialidade
1					
2					
3					
4					
5					
6					

2- CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

Módulo odontológico ( ) SIM ( ) NÃO

Sala de Raios X ( ) SIM ( ) NÃO necessita adequação? ( ) SIM; QUAL?_____ ( ) NÃO

3- SITUAÇÃO E CONDIÇÕES DOS EQUIPAMENTOS

	Equipamento	marca	nº patrimônio	tempo aproximado de uso	Necessita reparo		necessita troca	
					sim	não	sim	não
3.1	Cadeira Odontológica							
3.2	Equipo Odontológico							
3.3	Caneta de alta rotação							
3.4	Caneta de baixa rotação							
3.5	micromotor							
3.6	contra-ângulo							

4- SITUAÇÃO E CONDIÇÕES DA EDIFICAÇÃO

		Sim	Não
4.1	Ligação de esgoto interno		
4.2	Ligação de esgoto externo		
4.3	Piso de material ideal p/ o processo de limpeza e descontaminação (paviflex)		
4.4	Piso com fendas ou rachaduras ou piso frio		
4.5	Paredes com acabamento liso ou mat. que permita completo proc. de limpeza		
4.6	Portas e janelas com superfície lisa		
4.7	Focos de insalubridade (vasos,plantas, quadro de avisos, etc.)		
4.8	Iluminação que permita boa visualização do campo de trabalho		
4.9	Ventilação		
4.10	Lavatório exclusivo para lavagem das mãos		
4.11	Lavatório para lavagem de instrumental distinto ao lavatório das mãos		
4.12	Lavatório com sistema que impede o contato com as mãos		
4.13	Estabelecimento com ar condicionado		
4.14	Possui escovódromo dentro da sala		
4.15	Possui escovódromo fora da sala		

Observações adicionais (Colocar a referência de Kits cirúrgicos e clínicos por cadeira odontológica para padronizar a quantidade suficiente de instrumentais):_____

5- CONDIÇOES E QUANTIDADE DE INSTRUMENTAIS

		Sim	Não
5.1	Instrumental cirúrgico em número suficiente para o atendimento realizado		
5.2	Instrumental clínico em número suficiente para o atendimento realizado		
		sim	**não**
5.3	Quantidade suficiente de brocas para o atendimento realizado		

Obs:_____

6- PROCESSO DE LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO

		Sim	Não
6.1	Limpeza e descontaminação diária (mocho, módulo, chão, superfícies)		
6.2	Limpeza terminal (toda semana)		

7- ESTERILIZAÇÃO

		Sim	Não
7.1	Esterilização realizada por estufa		
5.2	Esterilização realizada por autoclave		
5.3	Esterilização realizada por Central de esterilização		
5.4	Esterilização realizada pela ACD		
5.5	Esterilização realizada pelo CD		
5.6	Esterilização realizada pelo auxiliar de enfermagem		

Onde é feita a lavagem do instrumental odontológico ? ( ) na sala de odontologia ( ) na central de esterilização

Obs:

_____

_____

8- DESINFECÇÃO PRÉVIA

		Sim	Não
8.1	Desinfecção prévia com agente químico adequado antes da lavagem		
8.2	Obedece o tempo preconizado de imersão		
8.3	Obedece o prazo de validade da solução		

Obs:

_____

_____

9- EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

		Sim	Não
9.1	Avental descartável em número suficiente para toda equipe		
9.2	Máscara descartável em número suficiente para toda equipe		
9.3	Gorro descartável em número suficiente para toda equipe		
9.4	Protetor ocular para toda equipe		
9.5	Protetor auricular para toda equipe		

Obs:

_____

_____

10- ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTAIS

		Sim	Não
10.1	Mantidos em armário fechado e limpo após esterilização		
10.2	Prazo de validade da esterilização é observado		

Obs:

_____

_____

11- BIOSSEGURANÇA

		Sim	Não
11.1	Caneta de alta rotação protegida com material impermeável e descartável		
11.2	Micro-motor protegido com material impermeável e descartável		
11.3	Seringa tríplice protegida com material impermeável e descartável		
11.4	Refletor protegido com material impermeável e descartável		
11.5	Botões (que acionam a cadeira) protegidos com mat. impermeável e descartável		
11.6	Sugador protegido com material impermeável e descartável		
11.7	Cadeira protegida com material impermeável e descartável		
11.8	Equipe de Saúde Bucal utiliza sabonete líquido		
11.9	Equipe de Saúde Bucal utiliza toalha de papel		

Obs:

_____

_____

12- MATERIAIS DE CONSUMO

		Sim	Não
12.1.	Almoxarifado: materiais de consumo bem acondicionados e dentro da validade?		
12.2.	Há quantidade excessiva?		
12.1	Os materiais de consumo na clínica possuem prazos de validade respeitados?		
12.2	Há falta de material de consumo que impossibilite o atendimento?		
12.3	Você gostaria de incluir outro material de consumo na padronizada?		

Obs: Caso sim quais

materiais?_____

Quem preenche a relação padronizada?

_____

13- DESTINO DE RESÍDUOS DO CONSULTÓRIO

		Sim	Não
13.1	Lixo contaminado colocado em saco branco leitoso		
13.2	Recipiente adequado para material pérfuro-cortante desprezado		
13.3	Lixo mantido em recipiente com tampa		
13.4	Recipiente de vidro com tampa, contendo água no seu interior, para acondicionamento de mercúrio residual		

Obs: Qual o destino das soluções de revelador e fixador?_____

E dos resíduos de amálgama acondicionados no vidro com tampa? _____

A Unidade tem cadastro na Limpurb para a retirada de materiais?_____

14- PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

14.1. Acesso: lista de espera sim ( ) não ( ) triagem de risco sim ( ) não ( )

Observações:
_____
_____
_____

14.2 Agendamento

		Sim	Não
14.2.1	Realizado pelo balcão de agendamento (ATA)?		
14.2.2	Realizado pela ACD e THD?		
14.2..3	Realizado pelo CD?		
14.2.4	Agendamento respeitando o atendimento universal e as Diretrizes?		
14.2.5	Faz uso do mapa 1?		

Obs: Nº de agendados/dia/CD e total da unidade_____
% de crianças agendadas: _____ % de adultos agendados : _____
Como é para onde se encaminha a demanda para as especialidades (Endo, Perio, Estômato, Cirurgia, Pacientes Especiais e Prótese)?_____
A contra-referência é controlada?
_____
Os CD tem conhecimento dos protocolos de atendimento das especialidades dos CEO? _____
Abertura das agendas ( ) mensal ( ) semanal ( ) demanda livre

Quantas consultas novas são atendidas por mês, por CD ? _____Quantos tratamentos são concluídos por mês, por CD?_____ Quantas consultas são agendadas por período, por CD ? _____
Quem faz a avaliação das urgências odontológicas ?_____
Quantas urgências são atendidas por período/ CD ? _____
Qual a prioridade para agendamento na saúde bucal ?_____

15- SISTEMA DE ANOTAÇÕES

		Sim	Não
13.1	Todos os pacientes possuem nº de prontuário individual?		
13.2	Todos os pacientes de urgência possuem nº de prontuário?		
13.3	O prontuário fica no arquivo da Unidade?		
13.4	O prontuário fica na sala de odonto?		
13.5	A ficha odontológica é anexada ao prontuário individual do paciente?		
13.6	É realizada anamnese de todos os pacientes?		

Obs: Nº de procedimentos odontológicos/mês: _____
Média de tratamentos iniciados/mês: _____
Média de tratamentos concluídos/mês: _____
Média de necessidade de atendimento secundário/mês: _____
Média de necessidade de atendimento terciário/mês: _____

Quem levanta os prontuários dos pacientes da saúde bucal ?

Quem arquiva os prontuários dos pacientes da saúde bucal ?

Os mapas de produção da saúde bucal são preenchidos diariamente ?

Tem lista de espera? ( ) sim; ( ) não

Como é acolhido o usuário em dia em que há falta de CD?_____

Visita domiciliar? ( ) sim; ( ) não

16- RELATIVO AO ATENDIMENTO E GRUPOS EDUCATIVOS

		Sim	Não
16.1	Realização de triagem		
16.2	Realização de grupos educativos		
16.3	Realização de escovação supervisionada		
16.4	Atendimento respeitando a classificação de risco		
16.5	Após tratamento concluído há organização dos retornos?		
16.6	Participação nos grupos educativos da Unidade		
16.7	Grupos educativos extra-muro (exceto os pré-escolares e escolares)		
16.8	Atendimento tradicional		
16.9	Restaurações Atraumáticas		

Obs: Quantos espaços sociais (creches, emeis, emef e ee ef) existem na área de abrangência da UBS? _____

E outros espaços sociais na área de abrangência?

_____

Quantos espaços estão cadastrados com os procedimentos coletivos? E qual o dia da semana destinado aos mesmos ?

_____

17- ACOLHIMENTO

		Sim	Não
17.1	Qdo o paciente agendado chega ä UBS é acolhido pelo balcão de agendamento		
17.2	Qdo o paciente agendado chega ä UBS é acolhido pela Equipe Saúde Bucal?		
17.3	Qdo o paciente agendado chega ä UBS é acolhido pela Eq. de Acolhimento?		
17.4	Qdo o paciente de urgência chega ä UBS é acolhido pelo balcão de Agendam.?		
17.5	Qdo o paciente de urgência chega ä UBS é acolhido pela Equipe Saúde Bucal?		
17.6	Qdo o paciente de urgência chega ä UBS é acolhido pela Eq. de Acolhimento?		
17.7	Há data pré-fixada para o próximo agendamento?		
17.8	É garantido retorno ao paciente que terminou o tratamento ou a 1ª fase?		
17.9	Encaminhamentos preenchidos de maneira correta?		
17.10	O CD atende somente 2 urgências?		

Obs:

_____

A equipe de saúde bucal participa de grupos realizados na UBS ? Quais ?

_____

Existem grupos específicos de saúde bucal ? Quais ?

_____

A equipe de saúde bucal participa das reuniões gerais da UBS ? ( ) SIM ( ) NÂO.
Porque?_____

Quando quebra o equipamento, o que é realizado pelo CD?

_____

A equipe de saúde bucal trabalha integrada à equipe de PSF ? Como ?

_____

É realizado Visita ou Atendimento Domiciliar? Sim ( ) não ( )

_____

_____

PROBLEMAS

1 - Principais problemas apontados pela equipe de saúde
bucal:_____

_____

2 – Principais problemas apontados pela gerência:

_____

_____

3 – Outras observações:

_____

_____

É importante que os interlocutores de cada supervisão façam pelo menos uma visita por mês a cada unidade de saúde (roteiro simplificado a ser elaborado)

Este roteiro deverá ser preenchido, digitado e enviado para o interlocutor regional por meio eletrônico até o **dia 22 de agosto de 2006.** O interlocutor regional enviará o condensado das supervisões até o **dia 25 de agosto impreterivelmente**.
A área técnica irá visitar a região, verificar os roteiros preenchidos e também visitará algumas unidades por região
Até o dia 30 de agosto a área técnica deverá enviar relatório ao gabinete de SMS.

DATA E HORÁRIO QUE REALIZOU O MONITORAMENTO:

_____

_____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:_____

_____

CARGO/ FUNÇÃO:_____

_____

CRO:_____

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/SP

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

São Paulo, 15 de maio de 2008.
PARECER Nº 115/08 – CEP/SMS
CAAE: 0037.0.162.000-08

Para
SILVIO CARLOS COELHO DE ABREU
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO
Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2008.
Pesquisador Responsável: Silvio Carlos Coelho de Abreu
Local onde os dados serão coletados: UBS das Coordenadorias sudeste e leste.

I - Sumário Geral do Protocolo
"Objetivos
Geral: Avaliar a implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/ Organização Social Santa Marcelina, na zona leste do município de São Paulo, 2008.
Específicos: verificar o conhecimento dos profissionais dos serviços sobre as normas e diretrizes oficiais; se os processos de trabalho estão se desenvolvendo em conformidade com os protocolos e diretrizes propostos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde e se as condições estruturais permitem a operacionalização destas normas e diretrizes. O universo de estudo é composto por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família, da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina que tem profissionais da Equipe de Saúde Bucal habilitados no Ministério da Saúde, bem como todos estes 56 profissionais, incluindo todas as categorias, ou seja, Auxiliares de Consultório Dentário (ACD), Técnicos de Higiene Dental (THD) e Cirurgiões Dentistas (CD). Estudo descritivo/analítico através de pesquisa documental direta e *on-line* e da análise de documentos oficiais e do arcabouço legal que trata de estabelecer as bases para a Saúde Bucal na Atenção Básica à saúde; de dados secundários a serem coletados no sistema de informação da Coordenação da Estratégia Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina; e, de dados primários a serem coletados em instrumento apropriado, disponível no ANEXO 1 deste protocolo, e aplicados para o levantamento de informações sobre o conhecimento dos profissionais envolvidos em relação às normas e a legislação específica, e, em relação ao desenvolvimento dos processos de trabalho. Para a análise da estrutura física, equipamentos e instrumentais das unidades de saúde, serão colhidas as informações através do "Roteiro de Inspeção das Unidades de Saúde e Monitoramento da Implantação das Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal - **Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal 2006**", criado pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com a assessoria do interlocutores de saúde bucal das regiões, e aplicado em todas as Unidades Básicas de Saúde no ano de 2006, disponível no ANEXO 2 deste protocolo. Após análise criteriosa destes documentos e instrumentos, estabelecer pressupostos para a partir de então, ter condições de proceder a avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Organização Social Santa Marcelina e ao final do estudo, definir ou redefinir com base nestes pressupostos, o conceito de "Programa de Saúde Bucal Implantado". A coleta dos dados primários será realizada pelo pesquisador em momento de capacitação de equipes que se dá costumeiramente uma vez por mês nas dependências do Núcleo de Capacitação do Programa de Saúde da Família Santa Marcelina, e diretamente nas Unidades Básicas de Saúde respeitando calendário a ser definido com os gerentes das mesmas, no sentido de minimizar a interferência na rotina de trabalho das equipes."

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

PARECER Nº 115/08 – CEP/SMS
CAAE: 0037.0.162.000-08

II - Considerações
Apresentação do Protocolo: adequada.

Avaliação dos riscos e benefícios
A metodologia é adequada aos objetivos e não impõe nenhuma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa. Há benefícios para o serviço.
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
É conciso e objetivo.
Está redigido na forma de convite à participação no estudo.
A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa.
Há descrição suficiente dos procedimentos.
Há identificação dos riscos e desconfortos esperados.
Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
Permite a saída do sujeito de pesquisa da pesquisa, sem prejuízo de seus cuidados.
Há informação adequada ou cuidados em caso de Eventos Adversos às expensas dos responsáveis pela pesquisa.

III. Parecer do CEP: Projeto **APROVADO**

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2° andar - Telefone: 3218-4043 - e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar na unidade de saúde, é necessária também a permissão da autoridade administrativa.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra por ele assinado (item IV.2.d)
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS