

Avaliação da Atenção à Saúde Bucal

Paulo Capel Narvai
Paulo Frazão

Introdução

Avaliar ações, serviços e programas de saúde constitui desafio permanente aos profissionais do setor, administradores e gestores de vários níveis, tanto no setor privado como no público. No interior do setor Saúde, são raras as iniciativas voltadas a avaliar a resposta que é dada aos problemas de saúde bucal de interesse em Saúde Pública. Além disso, são poucos os programas de atenção à saúde bucal, sejam os voltados à prevenção das doenças bucais, sejam os dirigidos a assegurar assistência odontológica, que mantêm uma rotina de produção de informações a partir dos dados administrativos destinados à avaliação para tomada de decisão no âmbito da gestão. De fato, a área odontológica se apresenta, historicamente, como uma verdadeira “caixa preta”. Tudo parece muito difícil e complexo, sempre a requerer a participação de especialistas e, muitas vezes, não basta que sejam cirurgiões-dentistas: têm de ser sanitaristas ou especialistas em administração. Sem negar a relativa complexidade da avaliação da atenção à saúde bucal, deve-se reconhecer que esse trabalho, indispensável para que não se desperdicem recursos e para que não se perca o rumo dos objetivos a alcançar, não é nem mais fácil nem mais difícil do que avaliar ações de saúde em qualquer outra área.

Um ponto de partida crucial é não tergiversar e admitir desde logo que nenhuma avaliação é politicamente neutra. Avaliar é um ato político e, portanto, toda avaliação está circunscrita a um referencial político e seu produto (relatórios etc.) está marcado, igualmente, pela postura e expectativa política de quem participa e faz a avaliação.

Entretanto, reconhecer essa dimensão política da avaliação não resolve os problemas envolvidos com o como fazer a avaliação, quais instrumentos utilizar, entre outros aspectos com implicações metodológicas de vários tipos.

Neste capítulo, busca-se produzir uma síntese a partir da experiência brasileira com avaliação de programas odontológicos e, mais amplamente, em saúde bucal, partindo-se do marco histórico representado; nesse sentido, pelo início dos primeiros programas de odontologia escolar, em Aimorés - MG, em meados do século XX, com os esforços para planejar (e, portanto, avaliar) no âmbito do SESP, o Serviço Especial de Saúde Pública.¹ Apresenta-se uma sistematização não exaustiva dos instrumentos que a odontologia em saúde pública brasileira construiu desde a experiência pioneira de Aimorés.²

Nessa experiência pioneira e outras que lhe seguiram, assistiu-se ao desenvolvimento do sistema incremental:³ um método de trabalho que visava “o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”, no qual estava previsto “uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes”. Paralelamente, um programa educativo fornecia apoio a estas ações.⁴ É no interior desses programas escolares que são utilizados indicadores como “tratamento completado” e “tratamento de manutenção”. Em que pese o contexto, marcado pela administração científica clássica e pelas técnicas de planejamento normativo mantidas por organizações verticais de base burocrática, as propostas formuladas representaram um significativo avanço para aquele período, quando a oferta de cuidados odontológicos assistemáticos predominava. Noções de planejamento e programação, uso da epidemiologia, incorporação de pessoal auxiliar e emprego de métodos contendo substâncias fluoradas foram algumas das inovações colocadas em prática que têm influenciado as características dos chamados modelos de atenção à saúde bucal, ou seja, o conjunto articulado de ações de assistência individual, ações de saúde coletiva e iniciativas intersetoriais que conformam os traços principais da resposta aos problemas, e que têm por finalidade produzir impacto positivo nos níveis de saúde bucal da população.⁵

A criação do Sistema Único de Saúde e as diretrizes da universalidade – equidade e integralidade – exigem que a atenção à saúde bucal da população não se limite à atenção de apenas um grupo populacional representado pelos escolares de 1º grau como predominava antes da promulgação da Constituição de 1988, e colocam o desafio de universalizar as ações para todos os grupos etários (crianças, adultos e idosos) e de integrá-las aos demais programas, serviços e redes de atenção à saúde.

Parte-se do pressuposto, desenvolvido de modo mais aprofundado em outros capítulos deste livro, de que a avaliação é parte do processo de gestão, influenciada pelo contexto organizacional e político e que se constitui em poderoso e indispensável instrumento de transformação, não se limitando à mera atividade acadêmica.

O processo de gestão para grande parte dos gestores se resume às atividades voltadas à administração de recursos, nas quais a maior parte do tempo é dedicada à manutenção do

fluxo de receitas e a busca de novas fontes de recursos. Entretanto, o processo de gestão é muito mais do que isso e diz respeito, sobretudo, à formulação de políticas e estratégias destinadas à mudança do modelo de atenção, ou seja, a modificação da lógica que orienta a resposta às doenças e agravos de saúde bucal que constituem problemas de saúde pública, a fim de imprimir um caráter cada vez mais voltado ao controle dos determinantes de saúde-doença e ao controle dos riscos, assegurando onde seja imprescindível, e no momento oportuno, o adequado controle dos danos e alívio ao sofrimento.

Na área de saúde bucal, a mudança da lógica que orienta o modelo de atenção requer adequado planejamento do que fazer, considerando os contextos histórico, político, econômico e institucional nos quais estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, portanto, suas contradições e conflitos. Nesse sentido, qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde, em sentido lato, que se logre produzir em cada território – tenha esta dimensão nacional, regional ou local. Não é coerente, portanto, nessa perspectiva, pensar um modelo de atenção em saúde bucal em separado, desconectado de outras “saúdes”.⁶

A gestão comprometida com um modelo pautado pela Vigilância à Saúde implica a formulação de planos e estratégias de ações intersetoriais, transversais e integradas no plano municipal ou intermunicipal dirigidas ao controle dos determinantes de saúde-doença, dos riscos e dos danos.⁷ Um exemplo de controle de determinantes tem sido alcançado com políticas públicas intersetoriais que asseguram o acesso a fluoretos por meio de medidas como o ajuste de sua concentração na água de abastecimento público e iniciativas relacionadas à implementação de programas que garantem o uso diário de cremes dentais fluoretados. O resultado observado é a redução da prevalência da cárie dentária entre grupos etários iguais ao longo dos anos.^{1,8} Outras políticas públicas que redundem em aumento da renda, da escolaridade e maior acesso a alimentação saudável e produtos de higiene bucal têm potencial impacto na saúde bucal do ponto de vista populacional.

Com relação ao controle dos riscos, diferentes iniciativas conduzidas de forma integrada junto aos programas de saúde materna, infantil e escolar têm redundado na interrupção da livre progressão da doença em grupos populacionais específicos, evitando novas lesões de cárie e/ou novas lesões periodontais.⁹⁻¹⁶

Para controlar os danos, é necessário dotar a rede de atenção à saúde de recursos para assistência odontológica. Censo das unidades básicas de saúde brasileiras que avaliou 38.812 unidades mostrou que 40% delas não tinham equipe de saúde bucal (um cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico de saúde bucal) e 35,6% não tinham ao menos um cirurgião-dentista.¹⁷ Além disso, é importante dotar os ambulatórios especializados e as unidades hospitalares de recursos compatíveis a fim de assegurar a reabilitação (procedimentos cirúrgico-restauradores, inclusive prótese) para diminuir a incapacidade bucal e qualificar a assistência médico-sanitária.^{18,19}

Qualquer que seja o processo de avaliação, cabe destacar a importância da formulação das diretrizes, objetivos e metas que orientarão o planejamento. Essa formulação não é atividade trivial e requer conhecimento especializado e experiência em gestão de sistemas, serviços e programas de Saúde. Não é incomum se verificar a formulação de metas que correspondem incorretamente a objetivos que dizem respeito a diretrizes. Além disso, esforços devem ser realizados para a institucionalização dessas atividades^{20,21} a exemplo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica²² entre outras iniciativas.

Avaliação: qualidade e quantidade

Frequentemente, o complexo processo de avaliar o trabalho humano é reduzido ao mero dimensionamento (quantitativo, portanto) de variáveis e categorias de interesse de quem avalia. Tais reduções podem ser feitas, mas, a rigor, não se deveria denominar de avaliação a tais processos, o que ocorre apenas porque muitos dos que se utilizam do termo “avaliação” o fazem incorretamente. Avaliar um objeto de qualquer natureza implica considerá-lo, concomitantemente, em seus aspectos qualitativos e quantitativos, uma vez que, previamente à mensuração de suas características, constitui condição *sine qua non* qualificar as variáveis e categorias que lhe são inerentes. Atribui-se a Lord Kelvin a afirmação de que “não se pode medir o que não se define”. Assim, não o fazer pode ter consequências danosas ao processo avaliativo, comprometendo-o de tal modo que se pode chegar ao extremo de torná-lo inútil. Tal é o caso de meras caracterizações quantitativas de determinadas situações, tomadas como sínteses de avaliações. Em certas situações, caracterizações quantitativas dão origem a hierarquizações (*rankings*) que deformam o sentido e a finalidade do processo avaliativo.

Um processo de avaliação em saúde pode assumir, condicionado que é pelos interesses que o norteiam, vários sentidos (vetores) tendo em vista distintas finalidades políticas e necessidades da gestão. Na publicação “Desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde: Avaliação para a transformação”, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) identifica algumas dessas dimensões, a saber: contexto político; instrumentos de política; desconcentração e descentralização; processos de planejamento e administração (recursos humanos e materiais); sistemas de financiamento; estrutura organizacional; definição de espaços políticos; administrativos; geográficos e populacionais; sistemas de informação; formas e estilos de coordenação e articulação intra e intersectorial; participação social; programação e enfoque de risco; integralidade das ações; tipos de serviços oferecidos; acessibilidade; cobertura; utilização e produção de serviços; qualidade e eficácia; impacto; satisfação; eficiência; pesquisa de serviços de saúde; entre outras.²³

Alguns desses vetores são preocupação tradicional nos bons programas de odontologia em saúde coletiva, como a cobertura e os aspectos administrativos, mas acessibilidade e impacto, entre outros, ainda constituem desafios importantes no Brasil, não obstante os avanços avaliativos que marcaram as ações de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação em 1988.

No plano qualitativo da avaliação, cabe enfatizar a importância de detectar e valorizar as mais diferentes manifestações que ocorrem no âmbito da participação social, seja quanto às possibilidades de compartilhar processos de planejamento e programação, seja na dimensão mais restrita, mas não menos importante, da denominada “satisfação do usuário”. Tais manifestações apresentam extraordinário potencial para aferir com mais exatidão a realidade objeto da avaliação e seus instrumentos incluem desde simples desenhos ou redações realizadas por escolares, até reuniões com lideranças comunitárias, dirigentes de partidos políticos, passando por seminários mais amplos com participação de servidores, autoridades e pessoas interessadas num determinado problema de saúde e até mesmo conversas e bate-papos informais. Demo assinala, de modo muito oportuno, que “não se faz avaliação qualitativa à distância, seja através de relatórios de terceiros, seja através de contatos esporádicos, intermitentes e breves, seja através de simples observação externa. Convivência é o mínimo que se exige”.²⁴

Alguns indicadores

Preliminarmente, cabe reiterar que indicadores quantitativos (mas também os qualitativos) se referem a realidades complexas que, embora reduzidas a dados e narrativas em processos avaliativos, não devem ser simplificados em termos analíticos, mas compreendidos em sua complexidade. Contudo, para fins quantitativos, opera-se essa redução (da realidade complexa para dados em modelos estatísticos, nos quais articulam-se variáveis e suas categorias), pois busca-se apreender uma ou mais característica(s) de interesse dessa realidade e transformá-la(s) em número(s). Isso não é necessariamente ruim, desde que não se perca a referência da realidade como um todo e desde que se compreenda a redução que se está fazendo, colocando-a no seu devido lugar. Por isso, junto com números há de haver outras informações e há que se valorizar também, outras formas de conhecimento e mesmo a intuição. Tudo isso para enfatizar que números são importantes, expressam uma dimensão da realidade, mas não são a realidade. E sobretudo, ao contrário do que assevera o adágio popular, números nunca falam por si mesmos, pois requerem sempre, contexto e interpretação para que deles seja possível extrair as informações que se busca.

Ramos, *apud* Tinôco,²⁵ construiu o esquema que se apresenta no **Quadro 16.1**, que nos auxilia a compreender a estrutura de uma realidade complexa.

Observa-se, no Esquema de Ramos, que uma infinidade de variáveis compõe uma determinada realidade ou evento. Entre as quais algumas são as manifestações de efeito dessa realidade ou evento, outras são as variáveis relacionadas aos fatores causais ou condicionantes da realidade ou evento. Decompondo as variáveis em conhecidas, significativas, controláveis e mensuráveis, verificamos que apenas uma dimensão (ou aspecto) da realidade ou evento de interesse é objeto da mensuração. Em decorrência, colocam-se, aos que avaliam, muitas questões dentre as quais: a) até que ponto essa medida é suficiente para dela serem extraídas conclusões úteis à finalidade da avaliação; ou ainda, por outro lado, b) até que ponto pode-se abrir mão de tais medidas e ficar “achando coisas” a respeito da realidade?

Quadro 16.1 – Esquema de Ramos: estrutura de uma realidade complexa

Manifestação de efeito		Fatores causais ou condicionantes	
Variáveis			
Conhecidas			Desconhecidas
Significativas		Não significativas	
Controláveis		Não controláveis	
Mensuráveis (em si mesmas e/ou seus efeitos)	Não mensuráveis		

Assim, com os números é preciso cautela, mas não se pode desdenhá-los, pois conforme afirmou Lord Kelvin “quando se pode medir aquilo de que se fala e expressá-lo em números, sabe-se algo a seu respeito; quando não se pode expressá-lo em números, o conhecimento é pobre e insatisfatório”.²⁶

Os instrumentos de avaliação quantitativa mais comumente utilizados na prática odontológica em saúde pública podem ser agrupados de diferentes formas e utilizados em diferentes níveis do sistema de saúde. Seja qual for a base adotada, o valor obtido para cada indicador deve ser localizado no tempo e no espaço. Ou seja, cada indicador tem como referência o desempenho de algo (uma base: um profissional de saúde, uma equipe de saúde, uma unidade de saúde, um estado, um país), num determinado espaço (área geográfica, grupo populacional etc.), num momento definido (1 mês, 1 ano, 1 quinquênio etc.). Assim, no nível local, por exemplo, os indicadores podem ser utilizados tomando como base uma unidade de saúde, ou mesmo uma equipe de saúde bucal. Requerem, por isso mesmo, um sistema de informações mais detalhado. No âmbito de uma região de saúde, por exemplo, algumas informações essenciais no âmbito local podem não ser necessárias de forma detalhada. No nível estadual ou nacional, o mais comum é a utilização de dados agrupados ou “consolidados” empregados para obtenção de indicadores mais gerais.

Os indicadores de uso mais disseminado nas organizações responsáveis por ações de saúde bucal que resultam de planejamento e programação costumam ser agrupados segundo diferentes finalidades avaliativas. Um desses agrupamentos é o que identifica subconjuntos relacionados com:

- a. Indicadores do modelo de atenção (referem-se à programação e enfoque de risco e indicam o grau de integralidade das ações);
- b. Indicadores da eficiência (relacionados à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos das ações e serviços);
- c. Indicadores da efetividade (expressam o grau de acessibilidade às ações e serviços, a cobertura e a satisfação/insatisfação dos usuários, bem como os tipos de serviços oferecidos e a produção e utilização dos recursos existentes); e,
- d. Indicadores da eficácia (referem-se à qualidade das ações e serviços e seu impacto nos níveis de saúde bucal da população).

Eficiência, efetividade e eficácia são termos utilizados, neste capítulo, com o significado que lhes atribuiu o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde, *apud* Tinôco (1977).²⁵ A eficácia diz respeito aos objetivos substantivos ou finalidade das ações desenvolvidas; a efetividade está relacionada aos objetivos imediatos, aos aspectos operacionais; e a eficiência se refere à relação entre custos e efeitos.

Indicadores do modelo de atenção

Alguns números dizem mais sobre o modelo de atenção em saúde bucal do que páginas e páginas de texto descrevendo-o. Os números são, certamente, insuficientes, mas oferecem indicações válidas para a compreensão do modelo de atenção em desenvolvimento. Pode-se citar, entre outros, os seguintes indicadores:

- a. Priorização da saúde bucal no conjunto da assistência ambulatorial (**Quadro 16.2**)
- b. Ênfase em Ações Coletivas (em certas situações, o emprego de um indicador permite a dedução óbvia de outro. É evidente que quando se obtém, por exemplo, 41,8% para “ênfase em AC”, decorre disso que 58,2% do total de procedimentos foram PI (procedimentos individuais);

Quadro 16.2 – Indicador de priorização da saúde bucal na assistência ambulatorial

Indicador	Cálculo
Priorização da saúde bucal na assistência ambulatorial	$\frac{\text{Valores financeiros creditados ao agrupamento atendimento odontológico}}{\text{Valores financeiros creditados aos demais agrupamentos, incluindo o atendimento odontológico}} \times 100$

c. Ênfase em serviços especializados;

d. Ações de saúde bucal nos demais programas e políticas (Quadro 16.3).

Quadro 16.3 – Indicador de priorização da saúde bucal nos demais programas e políticas

Indicador	Cálculo
Ações de saúde bucal nos demais programas e políticas	$\frac{\text{Número de programas/políticas com inclusão de ações de saúde bucal}}{\text{Número total de programas/políticas de saúde}} \times 100$

Os valores desses indicadores permitem avaliar as linhas gerais do modelo de atenção, seu grau de transversalidade e podem auxiliar bastante na tomada de decisão para mudanças mais profundas ou aperfeiçoamentos.

Colussi e Calvo²⁷ propuseram um modelo de avaliação da qualidade da atenção básica à saúde bucal composto por “duas dimensões (1) Gestão da Saúde Bucal (GSB) e (2) Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal (PABSB). A dimensão de PABSB considera a integralidade e a universalidade nas subdimensões de “promoção e prevenção” e de “diagnóstico e tratamento”, durante o ciclo vital – a criança, o adolescente, o adulto e o idoso. Por sua vez, a GSB tem como foco as ações relacionadas aos princípios de equidade. É composta pelas subdimensões “atuação intersetorial”, “participação popular”, “recursos humanos e infraestrutura”, que englobam a intersetorialidade e resolutividade, com a garantia de acesso aos serviços. O modelo reúne um conjunto importante de aspectos ligados à estrutura de recursos disponíveis por meio de indicadores quantitativos.

Ao testar a precisão do instrumento num grupo de 11 municípios do estado de Santa Catarina, Brasil, Pires et al²⁸ observaram imprecisões de resposta relativas ao conceito, à fonte utilizada e ao perfil dos respondentes. “A taxa de concordância bruta observada para as duas coletas foi de 87%, e as imprecisões somaram 36% das respostas. Sugestões de fontes preferenciais, modificações de enunciado e orientações para o correto preenchimento do formulário foram algumas mudanças propostas, aperfeiçoando a matriz original e seu instrumento de coleta de dados.

Indicadores da eficiência

Dizem respeito à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos. O cálculo de custos não é comum, infelizmente, no setor público. As intensas mudanças que vêm

ocorrendo na administração pública em nível mundial, e também no Brasil, têm levado os administradores e as autoridades públicas a enfrentar o desafio dos custos. É, de fato, inaceitável que responsáveis pela *res publica* não saibam o custo de suas ações para atender necessidades da sociedade.

Alguns indicadores de eficiência são tradicionais no planejamento e programação em saúde bucal, incluindo-se entre eles:

- a. Horas-CD (ou horas-Equipe de Saúde Bucal - ESB) na assistência (o valor indica a porcentagem do tempo de trabalho do CD – ou da ESB – efetivamente utilizado na assistência odontológica) (Quadro 16.4);

Quadro 16.4 – Indicador de horas do cirurgião dentista na assistência

Indicador	Cálculo	Interpretação
Horas-CD na Assistência	$\frac{\text{Total de horas CD contratadas utilizadas na assistência}}{\text{Total de horas CD contratadas}} \times 100$	O valor indica a porcentagem do tempo de trabalho do CD efetivamente utilizado na assistência odontológica. Analisar a porcentagem quanto à participação em PC, reuniões, quebra de equipamentos etc.

- b. Duração do atendimento (o valor é influenciado pelas técnicas de atendimento e de trabalho);
- c. Utilização da capacidade instalada (Quadro 16.5);

Quadro 16.5 – Indicador de utilização da capacidade instalada

Indicador	Cálculo	Interpretação
Utilização da capacidade instalada	$\frac{\text{Total de atendimentos agendados}}{\text{Total de atendimentos realizados}} \times 100$	Valores inferiores a 90% merecem análise detalhada dos fatores envolvidos

- d. Custo do atendimento (este é um dos indicadores mais difíceis de se encontrar nas instituições. Sua importância é óbvia e a interpretação exige análise minuciosa dos vários fatores envolvidos) (Quadro 16.6);

Quadro 16.6 – Indicador de custo do atendimento odontológico

Indicador	Cálculo	Interpretação
Custo do atendimento	$\frac{\text{Total das despesas com recursos humanos, materiais e equipamentos odontológicos, serviços de terceiros e instalações}}{\text{Total de pessoas atendidas}}$	É um dos indicadores mais difíceis de se encontrar nas instituições. Sua importância é óbvia e a interpretação exige análise minuciosa dos vários fatores envolvidos.

- e. Composição dos custos com saúde bucal (recursos humanos representam, de modo geral, cerca de 80% dos custos da assistência odontológica) (Quadro 16.7);

Quadro 16.7 – Indicador da composição dos custos com saúde bucal

Indicador	Cálculo	Interpretação
Composição dos custos com saúde bucal	Recursos Humanos: $\frac{\text{Total das despesas com recursos humanos odontológicos}}{\text{Total das despesas com recursos humanos, materiais e equipamentos odontológicos, serviços de terceiros e instalações}} \times 100$	Recursos humanos representam, de modo geral, cerca de 80% dos custos da assistência odontológica.
	Recursos Materiais: $\frac{\text{Total das despesas com materiais odontológicos}}{\text{Total das despesas com recursos humanos, materiais e equipamentos odontológicos, serviços de terceiros e instalações}} \times 100$	
	Equipamentos, Terceiros e Instalações: $\frac{\text{Total das despesas com equipamentos, terceiros e instalações}}{\text{Total das despesas com recursos humanos, materiais e equipamentos odontológicos, serviços de terceiros e instalações}} \times 100$	Para cálculo dos custos em equipamentos, considerar 10 anos como tempo médio de duração.

Entre outros, esses indicadores de eficiência permitem uma análise geral da utilização dos recursos e dos custos. No âmbito da eficiência a comparação é fundamental. Uma boa técnica é construir séries históricas e cotejar os números relativos ao desempenho em diferentes momentos, além claro, de conhecer os padrões de eficiência e tomá-los como referencial para a avaliação.

Indicadores da efetividade

A efetividade, conforme referido, expressa o desempenho do programa ou das ações em desenvolvimento, em termos meramente quantitativos. Não permitem muito, em termos avaliativos, além disso. Em conjunto, porém, com indicadores de eficiência e de eficácia, são importantes auxiliares na compreensão do quadro geral. Entre esses indicadores, estão:

- Cobertura de Ações Coletivas (AC) (de modo geral, AC são realizadas tendo como população-alvo o grupo populacional de 3 a 14 anos de idade do território de referência) (Quadro 16.8);

Quadro 16.8 – Indicador de cobertura de ações coletivas (AC)

Indicador	Cálculo
Cobertura de AC	$\frac{\text{Número de envolvidos em AC}}{\text{Total/população de 3 a 14 anos da área}} \times 100$

b. Acesso à assistência (Quadro 16.9) (ver primeira consulta programática);

Quadro 16.9 – Indicador de acesso à assistência odontológica

Indicador	Cálculo
Cobertura à assistência	$\frac{\text{Total de exames clínicos}}{\text{População total da área}} \times 100$

c. Relação restauração/extração dentária (expressa a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação) (Quadro 16.10);

Quadro 16.10 – Indicador da relação restauração-extração

Indicador	Cálculo	Interpretação
Relação restauração/extração	$\frac{\text{Total de restaurações}}{\text{Total de exodontias}}$	Expressa a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação.

d. Indicadores do sistema incremental:²⁹ quando se opta por essa técnica de programação, recomenda-se utilizar os indicadores identificados no Quadro 16.11;

Quadro 16.11 – Indicadores clássicos utilizados no sistema incremental

Indicador	Cálculo	Interpretação
Consultas por TC	$\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Total de TC}}$	Valores baixos (1 a 4, p. ex.) indicam bom desempenho
Rendimento	$\frac{\text{Total de PI + PE (cirurgia)}}{\text{Total de horas-CD na assistência}}$	Expressa a composição da consulta em termos da quantidade de unidades de trabalho que a compõem
Atrição	$\frac{\text{Total de TC}}{\text{Total de exames clínicos}} \times 100$	Valores inferiores a 90% indicam dificuldades para atingir a população-alvo
Tempo do TC (em minutos)	$\frac{\text{Total de horas CD utilizadas na assistência}}{\text{Total de TC}} \times 60$	Duração relacionada à prevalência de cárie na área e às características do sistema de trabalho empregado
Unidades de trabalho por TC	$\frac{\text{Total de PI + PE (cirurgia)}}{\text{Total de TC}}$	Valor influenciado pela prevalência de cárie na área e pelo grau de atenção à saúde bucal

Nota: TC= Tratamento Completado; PI=Procedimentos Individuais; PE=Procedimentos Especializados.

Um programa de atenção à saúde bucal poderia se beneficiar se fossem monitorados os dados mostrados no **Quadro 16.12** relativos à assistência odontológica programática na atenção básica. O registro do número de consultas odontológicas realizadas segundo o tipo de consulta, os grupos etários e os programas, combinado a outros indicadores de estrutura, é essencial para auxiliar o gestor a compreender as características do processo e da demanda que utiliza efetivamente os serviços odontológicos, as taxas de utilização por adolescentes, adultos e idosos, o grau de articulação com os demais programas de Saúde (quando a consulta teve origem em um encaminhamento realizado por outro programa) e a demanda por assistência especializada.

Quadro 16.12 – Modelo de registro de atividades da assistência odontológica

Tipos de consulta	Grupos etários					Programas						
	0 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 64	65 e +	Pré-natal	Pós-natal	Pré-escolar	Escolar	Adolescente	Hiperdia	Idoso
Consulta não programática												
Primeira consulta programática												
Consulta programática de retorno												
Consulta programática de conclusão												
Encaminhamento para a assistência especializada												

Indicadores da eficácia

A dimensão da eficácia é, certamente, a que envolve maiores dificuldades de avaliação no cotidiano gerencial das instituições. O dia a dia é mais voltado para o imediato e tende-se, por essa razão, a valorizar os objetivos operativos: quantas consultas; quantos TC; quantas AC etc. Além disso, analisar a eficácia das ações exige também uma boa dose de humildade, reconhecer que, às vezes, superestima-se a própria capacidade ou que, apesar dos esforços, as coisas não aconteceram conforme se almejava e assim por diante. Essa dimensão da avaliação remete, em última instância, à continuidade dos programas e projetos com os quais se está envolvido. Mas é fundamental que bons processos avaliativos não deixem de contemplar indicadores desse âmbito e todo empenho deve ser feito para que, por exemplo, a qualidade das ações desenvolvidas sejam verificadas e possam subsidiar mudanças. O impacto das ações, medido com o instrumental proporcionado pela epidemiologia é outro recurso do qual não se pode abrir mão.³⁰

Indicadores qualitativos

Conforme mencionado, avaliar um objeto de qualquer natureza implica considerá-lo, concomitantemente, em seus aspectos qualitativos e quantitativos. Entre os indicadores qualitativos relacionados à atenção à saúde bucal, pode-se destacar indicadores que expressam a

inclusão da saúde bucal (1) no planejamento estratégico, nos planos operativos e nas programações;^{31,32} (2) na pauta dos conselhos de saúde;³³ (3) no currículo escolar.³⁴ Pode-se recorrer ainda a uma matriz de descritores que reúnam indicadores para aferir se ações multidimensionais e intercomplementares, de base populacional, que potencializem fatores protetivos (positivos) de saúde, são desenvolvidas; para ponderar o grau com que tais ações são comprometidas com o direito à saúde, à equidade e à cidadania.³⁵

Sistemas de informações

Os instrumentos aqui apresentados têm pré-requisitos à sua utilização. Um deles é a existência e/ou o desenvolvimento, na instituição que pretenda utilizá-los, de um efetivo sistema de informações, isto é, um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para organizar e operar os serviços de Saúde, e também para a intervenção e o planejamento com vistas ao controle das doenças.³⁶ Desnecessário dizer que tal sistema deve ser construído/desenvolvido com a participação de todos os que trabalham na instituição e/ou tenham interesse nas informações nele geradas, de modo que sejam adequadas e pertinentes. Essa pertinência significa definir bem que tipo de informação se necessita. Não ajuda muito, por exemplo, saber que num determinado município 14 CD trabalham para o SUS. É preciso saber, entre outras coisas, qual a sua jornada de trabalho e para quais atividades o seu trabalho está orientado. Assim, a forma mais adequada de registrar esse tipo de informação é saber de quantas horas-CD dispõe o referido município e sua composição em termos de horas-CD na assistência e horas-CD em outras atividades (ações coletivas, coordenação, supervisão etc.). Ou seja: algumas informações são estratégicas, pois são base para o cálculo de vários indicadores. Se informações desse tipo forem maldefinidas, as avaliações que nelas estejam embasadas serão tão vagas e ambíguas quanto elas próprias.

Alguns sistemas de informação contêm dados que podem ser úteis para a produção de conhecimentos relacionados à saúde bucal. Dados sobre acesso, uso e tipo de serviço odontológico utilizado por adultos e idosos das capitais brasileiras podem ser encontrados no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL); dados sobre frequência de escovação dentária, dor de dente e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros podem ser acessados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE); dados sobre fatores associados aos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas podem ser extraídos do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) deveria fornecer dados sobre a concentração de flúoreto em sistemas de abastecimento de água.

Em sistemas de saúde bem estruturados, é possível por meio dos registros relativos à Classificação Internacional das Doenças (CID-10), monitorar a internação hospitalar e a mortalidade por câncer de cavidade oral e faringe (C00-C06: lábio, língua e boca; C07-C08: glândulas salivares; C09-C10: orofaringe; C11-C13: outros sítios faríngeos; e C14: faringe). Os estados brasileiros e as regiões mais desenvolvidas, deveriam monitorar a taxa de internações com diagnóstico de lesão maligna em estágio I e também a mortalidade por câncer de boca e orofaringe.

As fendas orais situam-se entre os quatro defeitos congênitos mais frequentes no Brasil com mais de 5 mil casos por ano. O preenchimento completo das declarações de nascido vivo

permitiria a produção de informações valiosas sobre a incidência e os fatores de risco ligados a esses defeitos. É importante, nesse sentido, que municípios com mais de 50 mil habitantes dimensionem e qualifiquem suas equipes de vigilância epidemiológica para monitorar as taxas de recém-nascidos com fendas labiopalatais.

Contudo, não basta ter um bom sistema de informações: é preciso que ele seja conhecido e reconhecido, tenha legitimidade e se oriente, fundamentalmente, ao desenvolvimento institucional, ao desempenho profissional e à melhoria das condições de vida e saúde dos cidadãos. Se ficar restrito à lógica da “fiscalização” dos trabalhadores e à produção de dados necessários ao preenchimento de faturas, estará fadado ao fracasso. Tais distorções dos sistemas de informação têm levado, lamentavelmente, à produção de dados espúrios, originados em ações e serviços fantasmas. Tais falcatruas têm alimentado o folclore sanitário no meio odontológico como as tristemente conhecidas “restaurações a lápis” ou as “ações coletivas a grafite” (uma adaptação aos novos tempos preventivos). Em suma, os responsáveis pela gestão do SUS, em cada nível de governo, são os principais interessados na existência de adequados sistemas de informações em saúde. São, em consequência, os principais responsáveis pela fidedignidade dos dados e pelas informações geradas em tais sistemas, os quais são, em todos os níveis, imprescindíveis à avaliação e à tomada de decisões. Em outras palavras, bons sistemas de informações são necessários, mas não garantem dados confiáveis para a avaliação. Sistemas de informações contribuem para o desenvolvimento organizacional e são de grande utilidade tanto para as decisões estratégicas como gerenciais. Mas tais sistemas também resultam e são influenciados por essas decisões estratégicas e gerenciais. O sistema de informações refletirá, mais cedo ou mais tarde, essas decisões. Assim, num contexto organizacional em que não há comando ou não se faz acompanhamento e controle, por exemplo, o que se pode esperar do sistema de informações ou dos indicadores de avaliação?

Metas em saúde bucal

Muito comumente, a complexidade dos processos avaliativos fica reduzida ao cumprimento de metas. Mas metas, *per se*, não significam muito, sobretudo quando se restringem ao alcance de objetivos ou, em outros termos, aos resultados. Metas requerem, para serem bem interpretadas e úteis à resolução de problemas e reorientação de rumos, que seja levado em consideração o maior número possível de variáveis implicadas nos âmbitos da estrutura, dos processos e dos resultados. No Brasil, desde Aimorés e os primeiros programas incrementais do SESP, a fixação de metas constitui rotina na programação e avaliação das ações de saúde bucal.² Em 1981, porém, a Federação Dentária Internacional (FDI), em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), resolveu estabelecer cinco metas que os países deveriam levar em conta para avaliar suas situações no ano 2000.³⁷ Não houve imposição de “cumprimento de metas” aos países pela OMS, nem poderia, mas alguns entenderam assim e reagiram mal, também aqui no Brasil. Argumentava-se, basicamente, que não fazia sentido propor metas globais, dadas as características dessa área e também ao fato de que se as metas são globais, elas deveriam corresponder a um planejamento global – o que não acontece no setor. Em todo caso, as denominadas ‘Metas da OMS em Saúde Bucal para o Ano 2000’ (Metas-OMS-2000) tiveram bom impacto em nosso meio, e vários municípios passaram a utilizá-las para avaliar suas condições.³⁸ As metas funcionaram como um poderoso fator de motivação de países, regiões e comunidades locais. Ainda nas primeiras décadas do século XXI não é raro encontrar

as Metas-OMS-2000 em publicações especializadas, mesmo quando as análises se referem a outros momentos do tempo. É compreensível que seja assim, pois as comparações são um excelente recurso analítico em processos avaliativos bem conduzidos. São úteis para conferir metas e fixar novos objetivos. Por essa razão, vale reproduzir as cinco Metas-OMS-2000:

- **Meta número 1:** 50% das crianças de 5 anos de idade livres de cárie;
- **Meta número 2:** Valor do índice CPO menor ou igual a 3 aos 12 anos de idade;
- **Meta número 3:** Aos 18 anos de idade, 85% das pessoas devem apresentar todos os dentes permanentes irrompidos presentes ($P = 0$);
- **Meta número 4:** Na faixa etária de 35-44 anos, 75% das pessoas devem apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais;
- **Meta número 5:** Na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas devem apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais.

Onde quer que tenha havido ações bem planejadas de saúde bucal, as Metas-OMS-2000 foram utilizadas como referência para organizar e avaliar as ações desenvolvidas. Contudo, por razões que ainda precisam ser investigadas, essas metas foram praticamente ignoradas nos Estados Unidos e em boa parte da Europa. No Brasil, em parte devido ao importante trabalho desenvolvido pelos nossos dentistas de saúde pública, aconteceu o contrário, com as metas difundindo-se amplamente nos espaços de gestão e sendo utilizadas em grande número de municípios para a avaliação e o planejamento local.

Na medida em que se aproximava o ano 2000, especialistas de todo o mundo começaram a se perguntar sobre novas metas – menos naquela perspectiva global e muito mais de olho em seus problemas.

No final de 1993, começaram a circular no Brasil informações sobre metas que a OMS teria definido para 2010, em reunião da entidade durante o 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, realizado em Umea (Suécia), no período de 3 a 5 de setembro de 1993, da qual participou a Associação Internacional para Pesquisa em Odontologia (IADR). Nesta reunião foram efetivamente propostas metas em saúde bucal para o ano 2010, assim definidas:

- a. Na idade de 5 a 6 anos: 90% de pessoas sem cárie;
- b. Aos 12 anos de idade: CPO menor do que 1;
- c. Aos 15 anos de idade: não mais que um sextante com CPI (Índice Periodontal Comunitário) 1 ou 2;
- d. Aos 18 anos de idade: não haver perda dental devido à cárie ou doença periodontal;
- e. No grupo etário de 35 a 44 anos: não mais que 2% de desdentados, 96% de pessoas com no mínimo 20 dentes funcionais e não mais que 0,25 sextante com CPI de 4; e,
- f. No grupo etário de 65 a 74 anos: não mais que 5% de desdentados e não mais que 0,50 sextante com CPI de 4.³⁸

A divulgação dessas metas foi suficiente para que alguns especialistas passassem a levá-las em conta. Mas ao mesmo tempo em que essa informação circulava, houve uma retomada das críticas segundo as quais não faz sentido estabelecer metas globais. Ao mesmo tempo, nos anos 1990, a área de saúde bucal da OMS viveu um dos seus piores períodos, com inexpressiva presença no debate mundial sobre saúde e, internamente, perdendo força crescentemente. Sua presença política no cenário odontológico mundial foi de enorme fragilidade, enquanto FDI e IADR (a entidade internacional voltada à pesquisa odontológica), por exemplo, ganhavam força a cada ano.

No âmbito da FDI, foi decisivo um artigo publicado no ano 2000 por Hobdell (Estados Unidos), Myburgh (África do Sul), Kelman (Israel) e Hausen (Finlândia), intitulado *Setting global goals for oral health for the year 2010*, para dissuadir a entidade de endossar metas para 2010.³⁹ Sem o apoio da FDI, a OMS recuou e não oficializou nenhuma meta para aquele ano. No referido artigo, os autores, além de reiterar as críticas (duras) à ideia de indicadores/metras globais, desenvolveram argumentos que iam de questões éticas ao próprio conceito de “saúde bucal” (que não poderia, argumentavam, ser reduzida a uma ou duas enfermidades, definidas arbitrariamente), chegando ao questionamento da autoridade (do mandato) que teriam a OMS e a FDI para definir metas dessa natureza. Ao contrário, remetiam quase tudo ao nível local, para que as comunidades expressem suas expectativas, desejos e demandas e os planejadores e tomadores de decisão considerem esses objetivos em seus processos de planejamento.

Mas, reconhecido ou não pela OMS, o conjunto de indicadores divulgado em 1993, pode ser muito útil aos gestores da saúde pública, em todos os níveis, ao estabelecer objetivos programáticos e fixar metas, desde que se observem os requisitos à sua fixação, como a análise da situação, levando em conta forças de sustentação e de oposição, e as tecnologias e recursos disponíveis. É indispensável, também, fixar metas intermediárias de curto e médio prazos.

Referências Bibliográficas

1. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(Esp):141-7.
2. Chaves MM. *Odontologia social*. 2 ed. São Paulo: Editora Santos, 1976.
3. Freire PS. Planning and conducting an incremental dental program. *The Journal of the American Dental Association* 1964;68(1):199-205.
4. Pinto VG. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo: Ed. Santos; 1989. 415 p.
5. Frazão P, Narvai PC. Sistemas de trabalho em odontologia: origens históricas e principais aplicações. In: Pereira AC (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Napoleão; 2009. p. 238-246.
6. Narvai PC, Frazão P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
7. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*. 1998;7(2):7-28.
8. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):69-77.
9. Rodrigues CS, Watt RG, Sheiham A. Effects of dietary guidelines on sugar intake and dental caries in 3-year-olds attending nurseries in Brazil. *Health Promot. Int.* 1999;14(4):329-35.
10. Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Paediatr Dent.* 2001;11(2):117-22.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica – 17: Saúde bucal*. Brasília: MS; 2006.
12. Moysés ST, Moysés SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promot Int.* 2003 Sep;18(3):209-18.
13. Feldens CA, Vítolo MR, Drachler ML. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(3):215-23.
14. Frazão P. Effectiveness of the bucco-lingual technique within a school-based supervised toothbrushing program on preventing caries: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health.* 2011;11:11.
15. OHCDPEW - Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. 2012. Oral health care during pregnancy: a national consensus statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012.
16. Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL, Kaur M, Vassilopoulos PJ, Cliver SP, Hauth JC, Reddy MS. Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2014;41(2):141-8.
17. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J. *Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras*. Rio de Janeiro: Região e Redes – Caminhos da Universalização da Saúde no Brasil, 2015.

18. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):644.
19. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):1-8.
20. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(3):705-11.
21. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(9):2091-102.
22. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate* 2014;38(N. Esp):358-372.
23. OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. Desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde: avaliação para a transformação. Washinton, DC: OPAS-Hucitec, 1995.
24. Demo P. Avaliação qualitativa. São Paulo: Cortez; 1988.
25. Tinôco AF. Manual de planejamento do setor saúde. São Paulo: FSP-USP, 1977.
26. Thomson W (Lord Kelvin). *Popular lectures and addresses.* London: Macmillan, 1891.
27. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(9):1731-45.
28. Pires DA, Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(11):4525-34.
29. Brasil. Ministérios da Educação & da Saúde. Fundação de Assistência ao Estudante & Divisão Nacional de Saúde Bucal. Sistema incremental de atenção odontológica para escolares. Brasília: FAE-DNSB; 1989. (Série: Educação em saúde, Odontologia II)
30. Castiel LD. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Públ.* 1986;2(2):184-90.
31. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e programação odontológico no programa saúde da família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.* 2005;5(1):65-75.
32. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde e Sociedade.* 2010;19(3):547-56.
33. Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(5):1381-8.
34. Tanaka C, Borghi WMMC, Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS. Analysis of the content about oral health in the pedagogical material of the science discipline in the primary school. *Rev Odontol UNESP.* 2008;37(2):103-7.
35. SZ Kusma, ST Moysés, SJ Moysés. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2012;28:9-19.
36. Moraes IHS. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
37. FDI – Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J.* 1982;32(1):74-7.
38. Narvai PC. Há metas em saúde bucal para 2010? *Jornal do Site Odonto.* 2002;4(52). Publicação eletrônica. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel51.htm>>. Acesso em 20 mar 2017.
39. Hobdell MH, Myburgh NG, Kelman M, Hausen H. Setting global goals for oral health for the year 2010. *Int Dent J.* 2000;50(5):245-9.