

## Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica

An evaluation model for oral health in primary care

Claudia Flemming Colussi<sup>1</sup>  
 Maria Cristina Marino Calvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

### Correspondência

C. F. Colussi  
 Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.  
 Campus Universitário Trindade s/n, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil.  
 claucolussi@hotmail.com

### Abstract

*This paper presents a model for assessing the quality of primary dental care and tests its applicability in municipalities in Santa Catarina State, Brazil. The model features two components: Management of Oral Health and Provision of Primary Oral Health Care. The first consists of the sub-components Inter-Sector Practice, Community Participation, Human Resources, and Infrastructure. The second includes the sub-components Promotion/Prevention and Diagnosis and Treatment throughout the life cycle (childhood, adolescence, adulthood, and old age). Forty indicators were developed in workshops with a group of experts. 207 municipalities participated in the evaluation, yielding a response rate of 70.6%. The model proved to be applicable and highly beneficial to municipalities of different sizes, allowing the identification of areas in which municipal managers need to improve their oral health practices. Another important contribution relates to managers' awareness of the need to improve data recording.*

*Health Services Evaluation; Oral Health; Primary Health Care*

### Introdução

Nos últimos dez anos, a atenção básica à saúde no Brasil passou por inovações importantes, principalmente a partir da adoção da Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial e do grande investimento na expansão da rede e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção. Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações. Sendo assim, a utilização da avaliação passou a se constituir numa ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade<sup>1</sup>.

Nesse contexto, em 2004 surgiu em Santa Catarina o Projeto de Consolidação do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no estado, a partir do qual se estabeleceu uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), iniciando um processo de formação e desenvolvimento de capacidade em monitoramento e avaliação, e construção de modelo próprio de avaliação para o estado. A proposta foi desenvolvida pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS; <http://www.nepas.ufsc.br>), orientada pela compreensão de que os níveis estratégicos, táticos e operacionais do sistema de

saúde deveriam ser envolvidos no processo de construção do modelo, e de que o modelo deveria ser objeto e produto no processo de formação dos quadros institucionais.

De acordo com Moreira<sup>2</sup>, a construção de um modelo de avaliação pode originar-se de fontes teóricas, com base em pesquisas preliminares ou da experiência de avaliadores e gestores. O modelo descreve teoricamente em um quadro a funcionalidade de um programa por meio de uma síntese de seus principais componentes. Esse quadro retrata a forma como o avaliador vê o objeto que está sendo por ele avaliado.

A partir da elaboração do modelo, é preciso estabelecer os indicadores e parâmetros que serão utilizados, assim como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. Como o processo de avaliação é dinâmico, novos indicadores podem ser criados ou podem ser ajustados aos indicadores já existentes. Um único indicador usado isoladamente traz pouca informação, devendo-se eleger um grupo de indicadores que, quando analisados conjuntamente, produzam avaliações coerentes para a gestão do sistema de saúde em questão<sup>3</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar o modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal e testar a sua aplicabilidade em municípios catarinenses de diferentes portes. O modelo de avaliação aqui apresentado baseou-se no modelo de “Avaliação da Gestão da Atenção Básica”, desenvolvido a partir da referida parceria entre a SES/SC e UFSC. A concepção que suporta a matriz teórica é de que a atenção básica deve ser avaliada com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos na *Constituição Federal de 1988* e na Lei Orgânica da Saúde.

## Metodologia

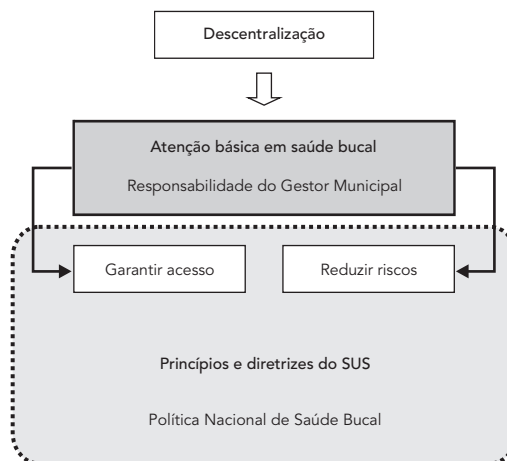
### Construção do modelo de avaliação

Os pressupostos teóricos do modelo contemplam os princípios e diretrizes do SUS, ressaltando a responsabilidade do município em formular e executar políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como possibilitar o acesso universal e igualitário às ações e serviços, resultando na promoção, proteção e recuperação da saúde da respectiva população (Figura 1).

O modelo de avaliação tem duas dimensões – Gestão da Saúde Bucal (GSB) e Provisão da Atenção Básica em Saúde Bucal (PABSB). A dimensão de PABSB considera a integralidade e a universalidade nas subdimensões de “promoção

Figura 1

Referencial teórico do modelo de avaliação.



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.

Com base nos autores Sander<sup>4</sup> e Scriven<sup>5</sup>, foi estabelecido o conceito de qualidade adotado no modelo. Valor e mérito são condições necessárias para um objeto exibir qualidade, sendo efetividade e relevância condições necessárias para ele ter valor, e eficiência e eficácia condições necessárias para ele ter mérito.

Para a GSB foram selecionados quatro indicadores (relevância, efetividade, eficácia e eficiência) para cada uma das quatro subdimensões, totalizando 16 indicadores. Para o PABSB foram três indicadores (relevância, efetividade e eficácia) para cada uma das duas subdimensões, no ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso), totalizando 24 indicadores. Os quarenta indicadores foram elaborados em oficinas com um grupo de *experts*, no período de agosto a outubro de 2007, com periodicidade quinzenal. Os integrantes do grupo foram cirurgiões-dentistas com atuação na gestão estadual, no ensino ou na pesquisa em Santa Catarina há mais de quatro anos, com experiência em avaliação em saúde,

que concordaram em participar das discussões, resultando em oito participantes.

Na primeira oficina foi apresentada a matriz avaliativa, e foram discutidas as propriedades dos indicadores – sensibilidade, especificidade, validade, confiabilidade – e identificados os aspectos relativos às fontes de dados disponíveis, para que os participantes se apropriassem dos conceitos e respectivos significados. Nos encontros seguintes, os integrantes do grupo deveriam levar sugestões de indicadores para a subdimensão a ser discutida. Além das sugestões dos integrantes, foi realizada uma revisão da literatura e elaborou-se uma lista de indicadores utilizados para saúde bucal, que foi consultada quando necessário.

As sugestões foram propostas e discutidas até que se atingisse concordância entre todos os participantes, de forma a definir no mínimo um indicador para cada categoria. A escolha dos indicadores foi justificada baseando-se em dados bibliográficos (*rationale*) também discutidos nas oficinas. Para cada indicador foi definida uma ou mais medidas, estabelecendo-se a fonte dos dados para o seu cálculo.

### **Coleta dos dados**

O modelo de avaliação foi aplicado a todos os municípios de Santa Catarina, portanto não houve cálculo de amostra.

Para o cálculo dos indicadores foram necessárias informações provenientes de dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos com base em um formulário enviado pelo correio aos 293 municípios do estado. A Gerência de Atenção Básica da SES/SC foi responsável pelo envio dos formulários, realizado em março de 2008, que também ficaram disponibilizados na página da Internet da SES/SC (<http://www.saude.sc.gov.br>). Foi criado um endereço eletrônico para recebimento das respostas, que poderiam ser enviadas via e-mail ou via correio, endereçadas à SES/SC. Contatos semanais foram realizados com as Regionais de Saúde indicando os municípios que ainda não haviam respondido e oferecendo esclarecimentos necessários. Também foram feitos pelo menos quatro contatos por telefone diretamente com os municípios que não responderam ao formulário, ao final dos quais considerou-se como não resposta.

Os dados secundários foram obtidos nos bancos de dados eletrônicos oficiais [Departamento de Informática do SUS – DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://www.ibge.gov.br>)] e na SES/SC, que forneceu planilhas eletrônicas com dados da produção ambulatorial dos procedimentos em saúde bucal.

Os dados dos formulários foram digitados no programa Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos), e foram submetidos a um controle de consistência e a uma análise estatística exploratória. Para as variáveis que não foram respondidas pelos municípios, adotou-se o procedimento de preenchê-las com o valor que seria mais desfavorável aos mesmos. Essa opção buscou valorizar a informação fornecida e estimular o registro correto de dados.

O banco de dados completo de cada município – dados primários e secundários, incluindo os valores atribuídos na ausência de resposta do município – foi encaminhado para conferência dos gestores municipais antes da realização das análises.

## **Resultados e discussão**

As Tabelas 1 e 2 contêm a relação dos indicadores e respectivas medidas selecionadas para avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal.

Participaram 207 municípios, obtendo-se uma taxa de resposta de 70,6%. Os municípios de pequeno porte (menos de 10 mil habitantes) responderam a 61% do total dos participantes, que mantiveram a proporcionalidade por porte populacional com relação ao estado. Os valores encontrados para os indicadores do modelo proposto são apresentados como forma de ilustrar sua aplicabilidade, e não para consolidar a avaliação propriamente dita.

Na Tabela 3, estão os resultados encontrados para os indicadores binários das dimensões de “gestão” e “provimento”, por porte populacional. A Tabela 4 mostra a estatística descritiva das taxas e dos valores percentuais relativos aos indicadores das duas dimensões, observando-se que os indicadores da dimensão “gestão” tiveram menor variabilidade do que os da dimensão “provimento”.

### **Indicadores de GSB**

- **Atuação intersetorial**

O indicador de relevância foi o “desenvolvimento de hábitos saudáveis”. De acordo com o Ministério da Saúde <sup>6</sup>, a ação do Estado na promoção da saúde de crianças não pode restringir-se a ações de incentivo a práticas alimentares saudáveis no ambiente escolar, envolvendo também ações de caráter regulatório. “Assim, o fomento a práticas alimentares saudáveis nas escolas também se apóia na regulamentação da oferta de alimentos, inclusive por parte das cantinas escolares” <sup>6</sup> (p. 6).

Tabela 1

Indicadores e medidas da "Gestão da Saúde Bucal".

Critério	Indicador	Medida
Atuação intersetorial		
Relevância	Desenvolvimento de hábitos saudáveis	Percentual de escolas municipais com controle de alimento na cantina
Efetividade	Acesso ao flúor	Percentual de domicílios atendidos pela fluoretação
Eficácia	Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coleta sistemática (mensal)
Eficiência	Saúde bucal na escola	Percentual de escolas públicas com prática de escovação dental após o lanche
Participação popular		
Relevância	Informação em saúde	Percentual de unidades de saúde que hoje possuem material educativo e/ou informativo em saúde bucal
Efetividade	Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente
Eficácia	Saúde bucal no Conselho Municipal	Percentual de reuniões do Conselho Municipal em que discutiram algum tema de saúde bucal no período de um ano
Eficiência	Participação na Conferência Estadual de Saúde	Existência de delegados dentistas na última Conferência Estadual de Saúde financiado pelo município
Recursos humanos		
Relevância	Acesso ao dentista	Número de horas: cirurgião-dentista/população
Efetividade	Paralisação do serviço de saúde bucal motivado por falta de recursos humanos	Percentual de unidades de saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por falta de profissional do serviço de saúde bucal
Eficácia	Presença da saúde bucal no PSF	Percentual de equipes de PSF com saúde bucal
Eficiência	Trabalho em equipe	Proporção auxiliar/cirurgião-dentista
Infraestrutura		
Relevância	Assistência especializada	Existência de referência operante para as especialidades em saúde bucal
Efetividade	Acesso ao serviço de saúde bucal	Percentual de unidades de saúde com atendimento em saúde bucal
Eficácia	Adequação da capacidade instalada	Número de consultórios/total população
Eficiência	Alocação de recursos para saúde bucal	Percentual de investimento em saúde bucal do total investido na saúde

PSF: Programa Saúde da Família.

Nota: Efetividade: critério social, vinculado à satisfação das necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde; Eficácia: critério político, relativo ao cumprimento dos compromissos e das metas estabelecidos nos planos e pactos de saúde, e atendimento dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde; Eficiência: critério econômico, relativo à melhor utilização possível dos recursos para gerar os serviços de saúde; Relevância: critério cultural, que reflete o atendimento dos desejos e expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS.

Em Santa Catarina, a *Lei nº. 12.061* 7, de 18 de dezembro de 2001, regulamenta a comercialização de lanches e bebidas nas unidades educacionais. A despeito disso, considera-se necessária uma parceria entre as secretarias de saúde e educação para que haja fiscalização e controle do cumprimento da lei. Os resultados encontrados sugerem que a adoção desse indicador foi adequada, pois foi detectado que muitas escolas ainda não fazem o controle de alimentos na cantina.

O indicador de efetividade foi "acesso ao flúor", uma vez que é reconhecida a capacida-

de preventiva da fluoretação da água, medida de saúde pública regulamentada por lei desde 1975. Embora a maioria dos municípios tenha apresentado valor acima da média estadual de 62% 8, o desejado é que 100% dos domicílios apresentem acesso ao flúor e à água tratada, justificando a manutenção desse indicador para monitorar a capacidade da saúde em garantir, intersetorialmente, o atendimento desse direito. Para avaliar a eficácia foi verificada a "vigilância dos teores de flúor", que está sendo realizada em 68% dos municípios. Embora seu controle deva ser realizado

Tabela 2

Indicadores e medidas do “Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal”.

<b>Critério</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medida</b>
<b>Criança</b>		
Promoção e prevenção		
Relevância	Controle de cárie	Percentual de unidades de saúde com grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal
Efetividade	Atividades coletivas em saúde bucal	Número de procedimentos coletivos no ano/total população na faixa etária
Eficácia	Prevenção individual	Número total de procedimentos não invasivos */total de procedimentos na faixa etária
Diagnóstico e tratamento		
Relevância	Cobertura de atendimento odontológico odontopediatra	Total de 1ª consulta na faixa etária/total da população na faixa etária
Efetividade		Existência de odontopediatra na rede municipal
Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Número total de procedimentos individuais na faixa etária/número total de tratamentos concluídos na faixa etária no mês
<b>Adolescente</b>		
Promoção e prevenção		
Relevância	Atuação multiprofissional	Percentual de unidades de saúde que encaminham os adolescentes atendidos por outros profissionais para orientação em saúde bucal
Efetividade	Educação em saúde bucal	Percentual de unidades de saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes
Eficácia	Prevenção individual	Número total de procedimentos não invasivos */total de procedimentos na faixa etária
Diagnóstico e tratamento		
Relevância	Vínculo profissional/paciente	Percentual de unidades de saúde em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento
Efetividade	Tratamento conservador	Número total de exodontias de dentes permanentes/número total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária
Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Número total de procedimentos na faixa etária/número total de tratamentos concluídos na faixa etária no mês
<b>Adulto</b>		
Promoção e prevenção		
Relevância	Acesso à informação sobre câncer bucal	Percentual de unidades de saúde que hoje possuem material educação e/ou informativo sobre câncer bucal
Efetividade	Diagnóstico de lesões de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano
Eficácia	Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia no ano
Diagnóstico e tratamento		
Relevância	Saúde do trabalhador	Percentual de unidades de saúde com serviço de saúde bucal no 3ª turno
Efetividade	Tratamento conservador	Número total de exodontias de dentes permanentes/número total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária
Eficácia	Proporção de emergências	Número de pacientes atendidos na emergência/pacientes marcados no mês, na faixa etária

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Critério	Indicador	Medida
Idoso		
Promoção e prevenção		
Relevância	Atenção em saúde bucal para grupos de idosos	Percentual de profissionais da odontologia das unidades de saúde que participam de algum grupo de idosos, seja na própria unidade de saúde ou na comunidade
Efetividade	Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	Percentual de unidades de saúde que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal
Eficácia	Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia no ano
Diagnóstico e tratamento		
Relevância	Atendimento preferencial	Percentual de unidades de saúde em que os idosos são agendados preferencialmente
Efetividade	Tratamento conservador	Número total de exodontias de dentes permanentes/número total de procedimentos individuais, na faixa etária
Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamento concluído	Número total de procedimentos na faixa etária/número total de tratamentos concluídos na faixa etária no mês

Nota: Efetividade: critério social, vinculado à satisfação das necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde; Eficácia: critério político, relativo ao cumprimento dos compromissos e das metas estabelecidos nos planos e pactos de saúde, e atendimento dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde; Eficiência: critério econômico, relativo à melhor utilização possível dos recursos para gerar os serviços de saúde; Relevância: critério cultural, que reflete o atendimento dos desejos e expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS.

\* Procedimentos não invasivos: aplicação terapêutica intensiva com flúor, aplicação de carióstático, aplicação de selante, controle de placa bacteriana.

Tabela 3

Frequência dos indicadores binários (sim/não) das dimensões de "gestão" e "provimento".

Dimensão/Subdimensão	Indicador (existência de) porte populacional em número de habitantes	Sim		Não	
		n	%	n	%
Gestão/Atuação intersetorial	Vigilância dos teores de flúor				
	< 5.000	50	65,8	26	34,2
	5.000   10.000	30	62,5	18	37,5
	10.000   50.000	43	71,7	17	28,3
	≥ 50.000	18	94,7	1	5,3
Gestão/Participação popular	Deliberação de saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde				
	< 5.000	52	68,4	24	31,6
	5.000   10.000	30	60,0	20	40,0
	10.000   50.000	39	65,0	21	35,0
	≥ 50.000	11	57,9	8	42,1
	Delegados dentistas na Conferência Estadual de Saúde				
	< 5.000	11	14,9	63	85,1
	5.000   10.000	7	14,9	40	85,1
10.000   50.000	13	23,6	42	76,4	
	≥ 50.000	9	50,0	9	50,0
Gestão/Infraestrutura	Referência para especialidades				
	< 5.000	54	73,0	20	27,0
	5.000   10.000	33	67,3	16	32,7
	10.000   50.000	43	69,4	19	30,6
	≥ 50.000	18	94,7	1	5,3

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Dimensão/Subdimensão	Indicador (existência de) porte populacional em número de habitantes	Sim		Não	
		n	%	n	%
Provimento/Criança	Odontopediatra na rede municipal				
	< 5.000	6	8,2	67	91,8
	5.000   10.000	4	9,1	40	90,9
	10.000   50.000	17	29,8	40	70,2
	≥ 50.000	15	83,3	3	16,7
Provimento/Adulto	Campo específico na ficha clínica para exame de mucosa				
	< 5.000	20	27,4	53	72,6
	5.000   10.000	17	34,7	32	65,3
	10.000   50.000	20	32,3	42	67,7
	≥ 50.000	11	57,9	8	42,1

Tabela 4

Estatística descritiva dos indicadores de "Gestão da Saúde Bucal" e "Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal" (n = 207).

Indicador (medida)	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	P <sub>25</sub>	Mediana	P <sub>75</sub>	Valor máximo
<b>"Gestão da Saúde Bucal"</b>								
Atuação intersetorial								
Escolas com controle de alimento na cantina (%)	40,91	44,64	108,5	0,00	0,00	13,33	100,00	100,00
Domicílios atendidos pela fluoretação (%)	64,67	28,53	44,0	0,00	40,00	70,00	90,00	100,00
Escolas com escovação dental após lanche (%)	73,29	33,77	46,1	0,00	50,00	93,33	100,00	100,00
Participação popular								
Unidade de saúde com material educativo em saúde bucal (%)	77,21	33,68	43,7	0,00	55,00	100,00	100,00	100,00
Reuniões do Conselho Municipal Saúde que discutiram algum tema de saúde bucal (%)	21,57	23,41	108,3	0,00	0,00	16,67	28,57	100,00
Recursos humanos								
Número de horas: cirurgião-dentista /habitantes	14,44	9,85	68,7	0,23	8,31	12,32	18,69	91,41
Unidade de saúde com atendimento em saúde bucal (%)	83,90	24,10	28,7	12,53	66,70	100,00	100,00	100,00
Unidade de saúde com interrupção do atendimento por mais de 2 dias consecutivos, por falta de profissional (%)	30,44	40,57	133,6	0,00	0,00	0,00	66,67	100,00
Equipes de PSF com saúde bucal (%)	73,75	34,67	47,1	0,00	50,00	100,00	100,00	100,00
Proporção auxiliar/cirurgião-dentista	0,72	0,37	52,1	0,00	0,50	0,70	1,00	3,00
Infraestrutura								
Número de consultórios odontológicos/habitantes	0,44	0,27	61,4	0,06	0,26	0,36	0,59	1,67
Investimento em saúde bucal do total investido na saúde (%)	2,93	3,14	106,9	0,00	0,44	1,94	4,06	13,76

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Indicador (medida)	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	P <sub>25</sub>	Mediana	P <sub>75</sub>	Valor máximo
<b>“Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal”</b>								
<b>Criança</b>								
Unidade de saúde com grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal (%)	50,30	40,30	80,1	0,00	5,76	50,00	100,00	100,00
Cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal	4,50	9,40	210,4	0,00	0,00	0,90	4,60	80,80
Total de 1ª consulta/população (faixa etária 0-12 anos)	0,56	0,86	154,7	0,00	0,10	0,26	0,60	6,00
Número de procedimentos não invasivos/total de procedimentos (faixa etária de 0-12 anos)	0,13	0,13	97,5	0,00	0,04	0,09	0,17	0,60
Número de procedimentos individuais/número de tratamentos concluídos (faixa etária 0-12 anos)	9,38	19,40	206,5	0,00	2,10	4,10	8,60	209,80
<b>Adolescente</b>								
Unidades de saúde que encaminham os adolescentes para orientação em saúde bucal (%)	62,00	41,60	67,0	0,00	16,70	83,30	100,00	100,00
Unidades de saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes (%)	39,90	41,90	104,8	0,00	0,00	25,00	100,00	100,00
Unidades de saúde em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento (%)	76,96	101,70	132,1	0,00	0,50	85,70	100,00	100,00
Número de procedimentos não invasivos/total de procedimentos (faixa etária 13-19 anos)	0,10	0,09	91,8	0,00	0,03	0,08	0,15	0,44
Número de procedimentos individuais/número de tratamentos concluídos (faixa etária 13-19 anos)	6,99	10,84	155,2	0,00	1,84	3,60	7,20	81,45
Número de exodontias de dentes permanentes/número de procedimentos individuais (faixa etária de 13-19 anos)	0,05	0,05	88,6	0,00	0,03	0,04	0,07	0,29
<b>Adulto</b>								
Unidade de saúde com material educativo sobre câncer bucal (%)	47,68	43,69	91,6	0,00	0,00	45,45	100,00	100,00
Pacientes atendidos na emergência/pacientes agendados	0,57	1,40	247,2	0,00	0,05	0,17	0,43	10,30
Unidade de saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno (%)	5,60	19,30	344,6	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Número de exodontias de dentes permanentes/número de procedimentos individuais (faixa etária de 20-59 anos)	0,11	0,10	86,7	0,00	0,05	0,08	0,13	0,65
<b>Idoso</b>								
Profissionais da Odontologia que participam de algum grupo de idosos (%)	32,70	31,30	95,7	0,00	0,00	25,00	50,00	100,00
Unidades de saúde que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal (%)	37,23	40,05	107,6	0,00	0,00	22,22	70,71	100,00
Unidades de saúde em que os idosos são atendidos preferencialmente (%)	45,99	42,40	92,3	0,00	0,00	42,90	100,00	100,00
Número de procedimentos individuais/número de tratamentos concluídos (faixa etária 60 anos ou mais)	4,30	5,91	137,4	0,00	1,50	2,39	5,00	44,20
Número de exodontias de dentes permanentes/número de procedimentos individuais (faixa etária 60 anos ou mais)	0,18	0,16	87,7	0,00	0,08	0,13	0,22	0,96

PSF: Programa Saúde da Família.



pelos fornecedores de abastecimento, isto pode não ocorrer de forma adequada. Portanto, torna-se necessária uma articulação intersetorial para que, quando detectados teores inadequados, estes possam ser imediatamente corrigidos.

O desenvolvimento de ações de educação e prevenção em saúde bucal no ambiente escolar pode reduzir a ocorrência de doença e garantir melhor utilização dos recursos específicos da saúde. Por esse motivo, o indicador de eficiência foi mensurado com base no percentual de escolas com a prática de escovação dental após o lanche. A presença de flúor nos dentífrícios é considerada como o principal fator responsável pela redução da incidência da cárie dental nos países industrializados, e o aumento da frequência da escovação potencializa seu efeito protetor<sup>9</sup>. De acordo com os resultados, o percentual municipal médio de escolas que realizam escovação é de 73%, indicando que a ação tem potencial de crescimento e deve ser estimulada na articulação da saúde com a educação.

#### • Participação popular

O indicador de relevância foi “informação em saúde”. De acordo com Oliveira<sup>10</sup> (p. 66), “*O exercício do controle público nos conselhos de saúde só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas*”. O pressuposto é o de que os indivíduos são capazes de transformar estímulos informacionais e comunicacionais em formas cognitivas tanto para conhecer a realidade que os cerca quanto para agir sobre ela. A presença de materiais educativos/informativos nas unidades de saúde é uma das formas de disponibilizar essas informações em saúde bucal, favorecendo a efetiva participação da população nas devidas instâncias.

A existência de deliberação relativa à saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde indica a participação da sociedade nas decisões da área, sugerindo que as diretrizes para o período seriam influenciadas pela decisão popular. Todavia, muitas conferências são regionais, agrupando vários municípios, com grande representação técnica e pouca representação de usuários. Isso pode direcionar as decisões para aspectos administrativos e corporativos, de menor interesse aos usuários. Essa suspeita é corroborada pelos resultados desse indicador (com mais de 60% de respostas positivas) em comparação ao indicador de eficácia – a saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde, com apenas 21,6% de reuniões que trataram do tema.

Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Se não existe discussão de qualquer tema de saúde bucal nas reuniões do conselho, há indícios de que não está havendo a participação popular nessa construção e no controle das políticas de saúde bucal dos municípios. Alves-Souza & Saliba<sup>11</sup>, ao analisarem as atas das reuniões de 15 Conselhos Municipais de Saúde no Paraná, encontraram o tema de saúde bucal em 15,22% das mesmas. Elas detectaram que a não participação do cirurgião-dentista nas reuniões fez com que os temas de saúde bucal abordados não fossem capazes de gerar discussões relevantes, tendo caráter informativo sob a forma de relatos de ações já realizadas, isentas de compromissos gerenciais.

A presença do cirurgião-dentista nas instâncias de participação popular foi abordada no indicador de eficiência. A Conferência de Saúde conta com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. A presença de delegados dentistas garantiria a representação dos interesses do município no que concerne às políticas de saúde bucal, no entanto, a maioria dos municípios avaliados não tem ocupado esse importante espaço.

#### • Recursos humanos

Os “recursos humanos” em Odontologia constituem-se num dos principais componentes do serviço de saúde bucal. Os indicadores que compuseram essa subdimensão valorizaram principalmente sua quantidade, embora esse não seja o único ou o mais importante aspecto que qualifica o município.

No indicador de relevância considerou-se que o mínimo esperado pela população seria o “acesso ao dentista”, e optou-se por uma medida que considera o número de horas semanais do cirurgião-dentista. Considerando-se o parâmetro ministerial de um cirurgião-dentista para 5 mil habitantes<sup>12</sup>, tem-se uma relação de 0,2 dentista/mil habitantes ou 8 horas-dentista/mil habitantes. A média encontrada foi de 14,4 horas-dentista/mil habitantes. O fato de a maioria dos municípios ter apresentado uma quantidade de horas além das previstas pode indicar falha da informação, uma vez que o excesso de contratação não é uma característica frequente no serviço público. A origem dos dados para esse indicador é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde (CNES), que sofre críticas por problemas de atualização e preenchimento.

A efetividade teve como indicador a paralisação do serviço motivada por falta de recursos humanos. A falta do profissional por dois ou mais dias consecutivos causa a paralisação do serviço na unidade de saúde. Dessa forma, espera-se que o gestor organize escalas de substituição para os casos de licenças legais ou faltas justificadas, e atue preventivamente para reduzir as taxas de ausência e faltas do dentista, sem prejudicar o usuário com eventuais paralisações do atendimento.

O indicador de eficácia foi a “presença da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF)”. A saúde da família vem sendo implantada em substituição ao modelo tradicional para a atenção básica, proporcionando, em território definido, atenção integral e contínua à saúde. A inserção da saúde bucal, além de proporcionar a reorientação da atenção, agrega os incentivos financeiros para o município. Em 2007, havia 22 municípios sem equipes de saúde bucal em Santa Catarina. Em 2009, esse número caiu para 15.

Com relação à “proporção de auxiliares por dentistas”, obteve-se uma média de 0,7. Segundo Junqueira et al.<sup>13</sup>, no Estado de São Paulo essa proporção era de 0,08 em 1988, e apesar do aumento nos últimos anos, o número de auxiliares do serviço público ainda é inadequado para a adoção de práticas de trabalho com simplificação e racionalização. É importante salientar que a presença do auxiliar, além de proporcionar um ambiente ergonomicamente favorável, é um elemento indispensável para o aumento da produtividade e redução do estresse e fadiga do dentista. A proporção de um auxiliar para cada cirurgião-dentista denota a preocupação da gestão municipal não só com a produtividade, mas também com a qualidade do atendimento prestado à população.

#### • Infraestrutura

Com relação ao indicador de relevância, considera-se que além de ser atendida, a população tem uma expectativa de ter seus problemas de saúde bucal solucionados pelo serviço. Os procedimentos odontológicos da atenção básica que constam na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) não dão conta da totalidade dos problemas de saúde bucal da população. Portanto, a existência de referência operante para as especialidades é necessária, e indica uma preocupação do gestor com a integralidade. Os resultados indicaram que 71% dos municípios possuíam esse sistema de referência em 2007. Nesse mesmo ano, havia 26 Centros de Especialidades

Odontológicas no estado. Infelizmente, a existência do sistema de referência, genericamente apresentado, não garante que as necessidades de especialização da população estejam sendo atendidas, cabendo aperfeiçoar esse indicador para futuras aplicações.

O indicador de efetividade foi “acesso ao serviço de saúde bucal”. De acordo com Travassos & Martins<sup>14</sup>, acesso é uma característica da oferta de serviços, que pode ser definida em seu caráter geográfico, disponibilidade de horários, facilidade na marcação de consultas, ou ainda quantidade de unidades de saúde. Em 128 municípios, 100% das unidades de saúde possuíam atendimento em saúde bucal. É desejável que isso ocorra, pois sua ausência implica o deslocamento da população para uma unidade distante, dificultando o acesso e aumentando a demanda nos locais com esse atendimento.

O indicador de eficácia apresentou grande variabilidade entre os municípios (amplitude total = 0,06-1,68). Considerando a cobertura potencial prevista de um cirurgião-dentista para 5 mil habitantes<sup>12</sup>, o número de consultórios idealmente deveria seguir o mesmo parâmetro, correspondendo a 0,2 consultório/mil habitantes. Os municípios que ficaram muito acima do parâmetro possivelmente possuem consultórios nos quais o atendimento não é realizado em todos os períodos. A condição geográfica e a densidade demográfica dos municípios podem definir distribuições diferenciadas desses equipamentos. Assim como no estudo de Junqueira et al.<sup>13</sup>, a proporção entre o número de equipes e de dentistas da rede municipal é equivalente (média 0,99 equipe/cirurgião-dentista), sendo que em 42 municípios essa proporção é maior que 1. De acordo com os autores, esses dados indicam ociosidade da capacidade instalada, uma vez que muitos profissionais trabalham por 20 horas semanais e as unidades de saúde podem funcionar por dois ou até três períodos. Esses resultados sugerem que se faça uma adaptação do indicador, considerando parâmetros diferenciados para distintos portes populacionais e densidades demográficas.

O indicador de eficiência foi o que apresentou o pior desempenho. Os serviços de saúde bucal são custeados por verbas alocadas pelo município por meio do seu orçamento anual e por transferências feitas pelos governos estadual e federal. De acordo com a *Emenda Constitucional nº. 29* de 2000, os municípios devem destinar para o setor saúde no mínimo 15% da sua arrecadação. Desse total investido, cada município destina um percentual para a saúde bucal, de acordo com a sua programação orçamentária e as suas prioridades de investimento. Encontrou-se uma média

de 2,9% de investimento em saúde bucal do total investido na saúde. Essa média não é baixa se comparada aos dados encontrados por Volpato & Scatena<sup>15</sup> para o Município de Cuiabá (Mato Grosso), com percentuais entre 1,2% e 1,8% no período de 1996 a 2000. Aqui, alguns municípios informaram investimentos de mais de 10%, mas como 50% dos municípios tiveram investimentos iguais ou inferiores a 1,9%, o desempenho nesse indicador ficou baixo.

### **Indicadores do “provimento da atenção básica em saúde bucal”**

O indicador de efetividade (“promoção e prevenção”) da criança chamou a atenção pela ausência de informação sobre procedimentos coletivos em vários municípios (74). Além disso, houve uma grande variabilidade para os que dispunham dos dados (amplitude total = 0,0004-80,81). Esses resultados sugerem que a maioria dos municípios não os realizou na quantidade esperada no período avaliado ou não os registrou corretamente, já que os parâmetros existentes indicam 12 procedimentos/criança/ano como a cobertura esperada<sup>12</sup>. Barros & Chaves<sup>16</sup> dizem que a alimentação da base de dados dos procedimentos ambulatoriais, como exodontias e restaurações, apresenta alguma constância e confiabilidade no registro, enquanto que os procedimentos coletivos, considerados como práticas mais recentes, ainda apresentam sérios problemas de registro e padronização, comprometendo a sua confiabilidade.

Apesar do declínio constatado nos últimos anos, a cárie continua sendo a doença bucal mais prevalente em crianças. A necessidade da participação precoce em programas preventivos fundamenta-se principalmente na transmissibilidade de micro-organismos patogênicos para os bebês, e no estabelecimento precoce de hábitos saudáveis<sup>9</sup>. Por esses motivos, o indicador de relevância teve como medida o percentual de unidades de saúde com grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal. De acordo com os resultados, 62 municípios o possuíam em 100% de suas unidades de saúde, dos quais 52 têm menos de 10 mil habitantes. Por outro lado, 42 municípios informaram que essa condição não ocorria em nenhuma das unidades de saúde.

A prevenção individual em Odontologia constitui-se na utilização de procedimentos considerados não invasivos que, quando realizada precocemente e de forma racional, pode reduzir a necessidade de posterior tratamento curativo-restaurador<sup>17</sup>. Desse modo, a eficácia da “promoção e prevenção” tanto na criança quanto no adolescente foi medida pela proporção de pro-

cedimentos não invasivos. Na Tabela 4, observa-se que o comportamento desse indicador foi parecido nas duas faixas etárias. Baldani et al.<sup>18</sup> fizeram um cálculo igual para os municípios do Paraná, e mesmo utilizando no denominador o total de habitantes do município, eles encontraram resultados bem superiores: média de 0,37 e valor máximo de 3,32. A média aqui encontrada de 0,13 para a faixa etária de 0-12 anos indica que o percentual de procedimentos invasivos ainda é muito grande, incompatível com o perfil epidemiológico de cárie para essa idade.

A cobertura de atendimento odontológico na faixa etária de 0-12 anos foi o indicador de relevância do “diagnóstico e tratamento”. Sua medida é a mesma de um dos indicadores do pacto, que avalia a cobertura a partir da primeira consulta odontológica programática. Porém, aqui foi utilizada apenas para a faixa etária das crianças. O valor médio encontrado de 56% é bem superior ao parâmetro estadual de 16% para o total da população. O valor máximo encontrado foi de 600%, sugerindo erros no registro do procedimento, também detectados pela SES/SC, conforme apontado em relatório<sup>19</sup> (p. 2): “*Comumente ocorrem registros deste código em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno)*”. Portanto, os municípios precisam capacitar seus recursos humanos para que seja efetuado corretamente o seu registro.

O indicador de efetividade do “diagnóstico e tratamento” que verificou a existência de odontopediatra na rede municipal favoreceu os municípios de maior porte, onde o número de profissionais é maior. Noventa e dois por cento dos municípios com menos de 5 mil habitantes ficaram com zero nesse indicador, enquanto que apenas 21% dos municípios com mais de 50 mil habitantes ficaram na mesma situação. Esse resultado sugere que o indicador seja modificado nas próximas avaliações.

O indicador de eficácia denominado “concentração de procedimentos por tratamento concluído” foi utilizado na criança, adolescente e idoso. De acordo com os resultados, a concentração de procedimentos por tratamento concluído é inversamente proporcional à faixa etária, ou seja, quanto maior a idade, menor seu valor. A programação da assistência odontológica com base em metas de cobertura implica a instituição de rotinas de atenção baseadas em tratamento concluído, e não na livre demanda. Para que se tenha eficácia com esse sistema de atendimento, é preciso considerar a quantidade de procedimentos que está sendo realizada até que o paciente termine o tratamento. O fato dos

idosos terem menor número de procedimentos por tratamento concluído possivelmente está relacionado com o menor número de necessidades de tratamento que estes apresentam no escopo da atenção básica, seja pela alta prevalência de perdas dentárias, ou pela complexidade do tratamento que demandam nas estruturas dentais remanescentes.

O indicador de relevância no “diagnóstico e tratamento” do adolescente foi o “vínculo profissional/paciente”. De acordo com Schimith & Lima <sup>20</sup> (p. 1487), “o vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço”, além de se constituir numa das principais condutas preconizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Particularmente com os adolescentes, o desenvolvimento de um vínculo de confiança com o profissional é muito importante para que ele tenha empenho no desenvolvimento do autocuidado, e não abandone o tratamento <sup>21</sup>. Esse indicador pressupõe que os municípios estão organizando seus serviços na lógica do tratamento concluído. Apenas 15 municípios responderam que o agendamento com o mesmo profissional não ocorre em nenhuma das unidades de saúde, e 46% dos municípios responderam que ocorre em 100% das unidades.

Além do vínculo, também é um dos princípios da ESF a atuação multiprofissional, que é o indicador de relevância para a “promoção e prevenção” no adolescente. Em geral, o adolescente não procura a unidade de saúde para resolver seus problemas. Quando isso acontece, o profissional procurado precisa estar atento ao diagnóstico desses problemas para realizar o encaminhamento e acompanhamento, atuando de forma multiprofissional. Embora esse indicador tenha apresentado um bom percentual de municípios que indicaram a realização do encaminhamento em 100% de suas unidades de saúde, sua média de 62% ficou um pouco inferior à do indicador de vínculo, pois 47 municípios responderam que o encaminhamento não ocorre em nenhuma unidade de saúde, e 12 não responderam.

Na mesma subdimensão, a efetividade considerou a educação em saúde bucal para adolescentes. A média encontrada foi de 39,9%. Dezesete municípios não responderam e 92 disseram que nenhuma unidade tem grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes. Sugere-se que a medida desse indicador seja modificada, e considere se o município realiza ou não educação em saúde bucal com adolescentes, independentemente do local, pois mesmo que não se tenha grupos específicos nas unidades de saúde, há possibilidade de que

o município faça essa atividade nas escolas. Tomita et al. <sup>22</sup>, verificaram o impacto de métodos educativos em saúde bucal sobre a melhoria da higiene bucal em adolescentes, e encontraram uma redução significativa no índice PHP (*patient hygiene performance*), indicando que esses métodos têm fundamental importância na mudança de hábitos em adolescentes.

O indicador de efetividade no “diagnóstico e tratamento” para o adolescente, medido com base na proporção de exodontias, teve comportamento semelhante ao encontrado por Fernandes & Peres <sup>23</sup> em estudo realizado em Santa Catarina no período de 2000 a 2003. O mesmo indicador foi utilizado para o adulto e para o idoso, e quando comparados os valores entre si, observa-se um aumento do tratamento mutilador com o avanço da idade.

Na saúde do adulto, o “acesso à informação sobre câncer bucal” foi o indicador de relevância, no qual encontrou-se um percentual médio de 47,7% de unidades de saúde que possuíam material educativo/informativo sobre esse tipo de câncer. O câncer de boca está entre as principais causas de óbito por neoplasias. O estabelecimento do diagnóstico precoce é fundamental para que se assegurem medidas preventivas e um prognóstico favorável na abordagem dessa doença <sup>17</sup>. A existência de material educativo/informativo ao alcance da população, incentivando o autocuidado e a procura pelo serviço, indica que o município está preocupado em mantê-la informada e atuante na prevenção do câncer bucal.

Os critérios de efetividade e eficácia da “promoção e prevenção” do adulto ficaram com o mesmo indicador, porém com diferentes medidas. Para efetividade, utilizou-se a existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, e para eficácia, a disponibilidade de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia. Quanto à coleta para biópsia, 83 municípios disponibilizavam na própria região, sendo 49 na atenção básica e 34 na atenção secundária. A maioria dos municípios (51,2%) encaminhava seus pacientes para outros municípios, e 22 não responderam. Lourenço et al. <sup>24</sup> encontraram um percentual semelhante em Minas Gerais, onde 47,7% das equipes de saúde bucal encaminhavam os casos de maior complexidade para municípios vizinhos. Esses resultados, juntamente com os dados de que 67% dos municípios não possuem campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, são preocupantes e denotam despreocupação dos municípios com problemas relativos a essa localização anatômica. A Política Nacional de Saúde Bucal ressalta que “a identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser

priorizada, garantindo-se (...) acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade”<sup>25</sup> (p. 11).

O indicador de relevância “saúde do trabalhador” foi o que apresentou a pior média dentre todos os indicadores do provimento com a mesma natureza, sendo que aproximadamente 85% dos municípios não tinham nenhuma unidade de saúde com atendimento no 3º turno. Essa conduta dos gestores não está de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que ressalta as dificuldades que os trabalhadores encontram no acesso às unidades de saúde, lembrando que “estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho (...)”<sup>25</sup> (p. 14).

A atenção programada em Odontologia implica o agendamento dos indivíduos que necessitam de atendimento continuado, devendo levar em consideração o risco de adoecimento, por meio de critérios que definam as prioridades<sup>17</sup>. Quando isso não é feito, os indivíduos mais vulneráveis começam a procurar o atendimento de emergência que, em grande quantidade, acaba prejudicando o atendimento como um todo. A eficácia para o adulto no “diagnóstico e tratamento” foi mensurada baseando-se na proporção de pacientes atendidos na emergência. Esse foi um dos indicadores com as maiores taxas de não resposta, pois os municípios não sabiam informar nem a quantidade de pacientes agendados, nem de pacientes atendidos na emergência, mesmo sendo essas informações relativas ao mês anterior ao da coleta dos dados. Além disso, alguns municípios ainda possuem sistemas de atendimento baseados na livre demanda. Embora a média desse indicador tenha sido alta (0,57), a mediana (0,17) indica que a quantidade de pacientes atendidos em caráter emergencial, em relação à quantidade de pacientes agendados, na maioria dos municípios, não é alta. Porém, esse valor não significa necessariamente que a demanda por esse tipo de atendimento não seja alta, pois muitos restringem a quantidade de emergências por período de atendimento.

Na saúde bucal do idoso, a “atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante” foi o indicador de efetividade. Onze municípios não responderam, e 71 disseram que nenhuma das suas unidades de saúde realizou visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção (acamados). A limitação incapacitante

não deve ser um fator de impedimento para o provimento da atenção em saúde bucal. O Estatuto do Idoso assegura a atenção integral à saúde, sendo que nas ações de prevenção e manutenção está compreendido o atendimento domiciliar para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover.

O atendimento ao idoso deve considerar suas particularidades relativas ao processo fisiológico do envelhecimento, muitas vezes associado a alterações sistêmicas múltiplas que levam à polifarmácia e suas consequências, inclusive para a saúde bucal. Por isso, o município deve facilitar seu acesso aos serviços por meio de mecanismos ágeis de agendamento, garantindo atenção integral, resolutiva e individualizada. O atendimento preferencial aos idosos, utilizado como indicador de relevância, é realizado em 100% das unidades de saúde em 65 municípios, e não é realizado em nenhuma unidade em 79 municípios. Essa distribuição polarizada dos municípios entre os valores mínimo e máximo do indicador já era esperada, pois se trata de uma conduta relativa à linha de cuidado ao idoso, que quando adotada, normalmente é feita em todos os locais de atendimento.

### Considerações finais

Neste artigo, optou-se apenas pela discussão da concepção teórica do modelo de avaliação proposto e de seus indicadores, utilizando e interpretando os resultados encontrados nessa aplicação.

O modelo mostrou-se não só aplicável como de grande utilidade para municípios de diferentes portes, possibilitando a identificação dos pontos nos quais os gestores municipais devem aperfeiçoar suas ações em saúde bucal. Outra importante contribuição se refere à sensibilização desses gestores quanto à necessidade de melhoria na qualidade do registro dos dados.

Foram sugeridos pequenos ajustes em alguns indicadores, para que o modelo possa ser aperfeiçoado e seus resultados mais bem utilizados. O aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas de avaliação é essencial para que se efetive a sua institucionalização, e para que se consolide como ferramenta de planejamento, subsidiando as tomadas de decisão, promovendo a melhoria dos serviços e, conseqüentemente, da saúde da população.

## Resumo

*O objetivo deste trabalho é apresentar o modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal e testar sua aplicabilidade em municípios de diferentes portes no Estado de Santa Catarina, Brasil. O modelo tem duas dimensões – Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. A primeira é composta pelas subdimensões “Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura”. A segunda tem as subdimensões de “Promoção e Prevenção e de Diagnóstico e Tratamento”, no ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso). Foram elaborados 40 indicadores em oficinas com um grupo de experts. Participaram da avaliação 207 municípios, obtendo-se uma taxa de resposta de 70,6%. O modelo mostrou-se não só aplicável como de grande utilidade para municípios de diferentes portes, possibilitando a identificação dos pontos nos quais os gestores municipais devem aperfeiçoar suas ações em saúde bucal. Outra importante contribuição se refere à sensibilização desses gestores quanto à necessidade de melhoria na qualidade do registro dos dados.*

*Avaliação de Serviços de Saúde; Saúde Bucal; Atenção Básica à Saúde*

## Colaboradores

C. F. Colussi e M. C. M. Calvo participaram igualmente da concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1727-42.
- Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- Sander B. Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento. Campinas: Autores Associados; 1995.
- Scriven M. Evaluation thesaurus. 4<sup>th</sup> Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1991.
- Ministério da Saúde. Experiências estaduais e municipais de regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Governo do Estado de Santa Catarina. Lei nº. 12.061, de 18 de dezembro de 2001. Dispõe sobre critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas nas unidades educacionais, localizadas no Estado de Santa Catarina. *Diário Oficial do Estado de Santa Catarina* 2001; 20 dez.
- Nickel DA, Calvo MCM, Caetano JC. Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2009; 9:373-9.
- Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde Soc* 2004; 13:56-69.

11. 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; 19:1381-8.
12. Ministério da Saúde. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Junqueira SR, Araújo ME, Antunes JLF, Narvai PC. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:41-53.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
15. Volpato LER, Scatena JH. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-55.
16. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12:41-51.
17. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:446-54.
19. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Plano estadual de saúde. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2007.
20. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1487-94.
21. Neves Filho AC. O atendimento ao adolescente. *Revista de Pediatria do Ceará* 2004; 5:38-46.
22. Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Rev Fac Odontol Bauru* 2003; 9:63-9.
23. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:930-6.
24. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14 Suppl 1:1367-77.
25. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

---

Recebido em 15/Nov/2010

Versão final reapresentada em 21/Mar/2011

Aprovado em 17/Jun/2011