

Ministério da Saúde

**Fundação Oswaldo Cruz**  
Escola Nacional de Saúde Pública

# **Avaliação da Qualidade da Assistência Odontológica Municipal da Cidade do Rio de Janeiro**

*por*

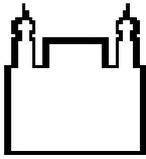
**Simone Fabiano Mendes**

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na  
área de Saúde Pública*

Primeiro Orientador: Margareth Crisóstomo Portela

Segundo Orientador: Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos

Rio de Janeiro, maio de 2006



Ministério da Saúde  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Escola Nacional de Saúde Pública

## **Avaliação da Qualidade da Assistência Odontológica Municipal da Cidade do Rio de Janeiro**

*por*

**Simone Fabiano Mendes**

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Tereza Leão*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Martins*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Margareth Crisóstomo Portela - Orientadora*

Dissertação defendida e aprovada em 10 de maio de 2006.

## **Agradecimentos**

A minha orientadora Margareth Crisóstomo Portela, minha “mãe acadêmica”, pelos seus ensinamentos, carinho e amizade nessa etapa tão importante da minha vida.

Ao meu orientador Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos, meu “pai acadêmico”, pela sua dedicação e companheirismo em todos os momentos.

A minha família pelo apoio, incentivo e compreensão nessa minha jornada e em todas as fases da minha vida.

Aos meus amigos Fabiana Rajo, Márcia Oliveira, Marcelo Amaral, Danielle Mattos, Heitor Werneck e Rodolfo de Almeida Lima Castro pelo companheirismo, cumplicidade e incentivo durante todo o curso.

Aos meus amigos do mestrado Flávia, Aline, Audrey, Jônia, Roberta, Miguel, Izabel, Renata, Mônica e Marta pela amizade e momentos que passamos juntos.

A Coordenação de Saúde Bucal SMS/RJ, em especial a Dra Mirella Giongo, pelo apoio e contribuição ao estudo.

As Chefiãs de Odontologia das Unidades de Saúde visitadas, que me receberam de forma tão acolhedora.

As Dra Suzana e Dra Sílvia Tristão pelo apoio na fase de coleta de dados e pela alegre receptividade.

Aos cirurgiões-dentistas das Unidades de Saúde visitadas pela contribuição à pesquisa.

A Direção das Unidades de Saúde visitadas pela acolhida e apoio em todos os momentos da fase de coleta de dados.

Aos professores do mestrado pelos valiosos ensinamentos durante todo o curso.

Aos colegas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que me incentivaram e apoiaram nessa fase da minha vida.

## Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência odontológica nas unidades municipais básicas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Buscou-se informações sobre a prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro e a identificação de fatores explicativos do tempo entre início e conclusão do tratamento odontológico nas referidas unidades. O estudo baseia-se em dados obtidos em 23 UBS a partir de uma amostra de 266 prontuários, de entrevistas com Chefias de Odontologia, de questionários respondidos por cirurgiões-dentistas e da análise de indicadores mensais de Odontologia. Utilizou-se a técnica da análise de sobrevivência a partir do método de Kaplan-Meier para identificar variáveis que poderiam influenciar o tempo de conclusão do tratamento odontológico. Não foram observadas associações significativas entre este tempo e variáveis como sexo, idade e tipo de primeira consulta na UBS. Foi verificada, entretanto, diferenças significativas entre o tempo de conclusão do tratamento odontológico e a Área Programática da UBS. Observou-se ainda que a qualidade dos registros dos prontuários foi bastante insatisfatória e que grande parte dos pacientes assistidos eram crianças. Os resultados mostraram ainda que: quase que a totalidade dos pacientes possuíam prontuário único, existiam mecanismos de agendamento para as consultas, grande parte das UBS realizavam ações de promoção de saúde e encaminhavam os pacientes para serviços especializados de Odontologia. Este trabalho indicou que ainda é preciso superar dois grandes desafios: ampliar a cobertura a todas as faixas etárias e melhorar a qualidade do registro dos prontuários. Concluiu-se também que, para melhor conhecimento sobre a qualidade da assistência odontológica, é necessário o uso de diferentes instrumentos de coleta de dados, tendo em vista a complexidade do tema.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Odontologia; Serviços de Saúde Bucal; Avaliação de Serviços; SUS.

## Abstract

This work was aimed at evaluating the quality of dental care in the primary health care units (UBS) in Rio de Janeiro City, accounting for characterizing the dental care practices observed and for identifying the explanatory factors of time between the beginning and conclusion of dental treatment.

The study was based on data of 23 UBS, obtained from a sample of 266 patient records, interviews with Dental Care Coordinators, questionnaires answered by dentists and the analysis of monthly indicators available in Rio de Janeiro City Health Department. It focused on variables regarding the populations attended (socio-demographic characteristics, alimentary habits and oral hygiene), and the structure and the process dental care, being obtained corresponding descriptive statistics. Moreover, Kaplan-Meier technique of survival analysis was applied to identify explanatory variables of dental treatment duration.

We observed that the quality of the records is very unsatisfactory. The results also showed that patients were mostly children, that almost the total of patients had only a record chart for all health care received in the UBS, there existed mechanisms for dentist visits scheduling, and that large part of health care units performed health promotion actions and referred patients to dental care specialized services. Statistically significant associations were not identified between dental care treatment duration and the variables sex and “type of the first visit in the UBS”, but between dental care treatment duration and age group and the UBS programmatic area.

This work points out the need for extending dental care coverage to all age groups and improving the quality of dental care records in the primary health care units of Rio de Janeiro City. Furthermore, it shows that a better knowledge of dental care quality depends on using different data collection instruments, considering its complexity.

**Key-words:** Oral health; Dental care; Oral care services; Health care services evaluation; Brazilian Unified Health System.

Mendes, Simone Fabiano

Avaliação da qualidade da assistência odontológica municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

X,134 p.,il.

Inclui bibliografia.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

1. Saúde Bucal. 2. Odontologia. 3. Serviços de Saúde Bucal. 4. Avaliação de Serviços.  
5. SUS. I. Tese II. ENSP III. Fiocruz IV. Título V. Autor

## Sumário

Capítulo	Página
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	5
O conceito de qualidade .....	6
Avaliação da qualidade dos serviços de saúde .....	7
Avaliação de serviços de Assistência Odontológica .....	10
Métodos de avaliação da qualidade da assistência odontológica .....	18
Práticas e modelos de gerenciamento com vistas à qualidade da assistência odontológica .....	25
Qualidade da assistência odontológica no Brasil .....	36
4. CONHECENDO O OBJETO: .....	43
Características da Assistência Ambulatorial de Odontologia na Unidades Básicas da Cidade do Rio de Janeiro.....	43
O uso de indicadores de saúde bucal no município.....	45
A rede atual de atendimento em Odontologia .....	45
5. MÉTODOS.....	47
Desenho do estudo.....	47
Universo dos pacientes considerados .....	47
Seleção da amostra .....	48
Coleta dos dados.....	51
Expansão das amostras .....	52
Aspectos considerados para avaliação da qualidade .....	55
Análise dos dados .....	61
Limites da pesquisa. ....	61
Considerações éticas.....	62
6. RESULTADOS .....	62
Análise descritiva da amostra de pacientes estudados .....	63
Análise das entrevistas com as Chefias de Odontologia .....	67
Análise dos questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas que atuam em atividades clínicas nas Unidades Básicas de Saúde estudadas .....	70
Análise dos indicadores mensais de Saúde Bucal .....	72
Análise do tempo do tratamento odontológico.....	75
7. DISCUSSÃO.....	79
Implicações dos achados para o planejamento e organização dos serviços de Odontologia de Unidades Básicas de Saúde.....	96
Proposição de outros instrumentos e abordagens para avaliação da qualidade da assistência odontológica .....	100
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	100
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	103

## ANEXOS

	Página
I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro selecionadas por Área Programática.....	115
II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Chefias de Odontologia.....	116
III - Entrevista com a Chefia de Odontologia.....	118
IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Chefias de Odontologia .....	121
V - Questionário para os Cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde municipais da Cidade do Rio de Janeiro .....	123

## Índice de Quadros

	Página
Quadro 3.1- Elementos a serem considerados para a garantia da qualidade do cuidado de saúde.....	9
Quadro 3.2- Fontes de dados utilizadas para avaliar a qualidade do cuidado em saúde .....	10
Quadro 3.3- Avaliação da condição de saúde bucal. ....	16
Quadro 3.4- Avaliação de procedimentos odontológicos .....	16
Quadro 3.5- Garantia da Qualidade da Assistência Odontológica (Brothwell).....	23
Quadro 3.6- Atributos para a elaboração de protocolos e diretrizes clínicas em Odontologia .....	30
Quadro 3.7- Garantia de qualidade em Odontologia (EUA e Canadá) .....	35
Quadro 5.1- Esquema probabilístico de seleção da amostra de cirurgiões-dentistas .....	53
Quadro 5.2- Esquema probabilístico de seleção da amostra de prontuários....	54
Quadro 5.3- Aspectos considerados para avaliação da qualidade da .....	55
assistência odontológica nas UBS relativos à Estrutura.	
Quadro 5.4- Aspectos considerados para avaliação da qualidade da .....	56
assistência odontológica nas UBS relativos ao Processo.	
Quadro 5.5- Aspectos considerados para avaliação da qualidade da .....	56
assistência odontológica nas UBS relativos ao Resultado e Comunidade	
Quadro 6.1- Aspectos mais expressivos para avaliação dos serviços de .....	79
Odontologia relativos à Estrutura	
Quadro 6.2- Aspectos mais expressivos para avaliação dos serviços de .....	79
Odontologia relativos ao Processo	
Quadro 6.3- Aspectos mais expressivos para avaliação dos serviços de .....	80
Odontologia relativos ao Resultado e Comunidade	

## Índice de Tabelas

Tabela 5.1-	Número de unidades básicas de saúde, de dentistas que trabalham em clínica e tamanho calculado e ajustado da amostra, segundo as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro .....	49
Tabela 5.2-	Avaliação do erro relativo da amostra de UBS .....	49
Tabela 5.3-	Número de cirurgiões-dentistas e de prontuários na população, segundo as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro .....	51
Tabela 5.4-	Tamanhos da amostra selecionada e da amostra efetiva, segundo as unidades de informação .....	52
Tabela 6.1-	Distribuição dos Prontuários analisados por Área Programática e Unidade Básica de Saúde. Município do Rio de Janeiro, 2005 .....	64
Tabela 6.2-	Distribuição dos pacientes que receberam assistência odontológica no primeiro semestre de 2005 por faixa etária em Unidades Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 2005 .....	65
Tabela 6.3-	Número e percentual de pacientes que receberam e não receberam assistência de outras especialidades antes de atendimentos odontológicos, divididos de acordo com a faixa etária. Município do Rio de Janeiro, 2005 .....	66
Tabela 6.4-	Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde de acordo com o tempo médio estimado para a realização da primeira consulta odontológica. Município do Rio de Janeiro, 2005 .....	67
Tabela 6.5-	Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde de acordo com a composição da equipe de saúde bucal. Município do Rio de Janeiro, 2005 .....	68
Tabela 6.6-	Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde de acordo com as horas semanais destinadas a realização de atividades de promoção de saúde. Município do Rio de Janeiro, 2005 .....	69
Tabela 6.7-	Ranking de fatores que influenciam na provisão de uma assistência odontológica com qualidade segundo visão dos cirurgiões-dentistas (maior influência, 1; menor influência, 8)...	71
Tabela 6.8-	Ranking de dificuldades que repercutem na provisão de uma assistência odontológica com qualidade segundo visão dos cirurgiões-dentistas (dificuldade de maior repercussão, 1; dificuldade de menor repercussão, 5) .....	71
Tabela 6.9-	Tempo médio (em dias) do tratamento odontológico dos pacientes estudados de acordo com a faixa etária .....	72

## Índice de Gráficos

	Página
Figura 3.1 - Frequência de registro dos dados dos prontuários odontológicos.....	12
Figura 3.2 - Elementos mais importantes da prática baseada em evidência científica. ....	27
Figura 4.3 - Modelo para a Gestão da Qualidade Total da European Foundation of Quality Management (EFQM).....	34
Figura 6.2 - Monitoramento de indicadores da Saúde Bucal. Município do Rio e Janeiro, 2005 – Produtividade.....	72
Figura 6.3 - Monitoramento de indicadores da Saúde Bucal. Município do Rio e Janeiro, 2005 – Desempenho .....	73
Figura 6.4 - Monitoramento de indicadores da Saúde Bucal. Município do Rio e Janeiro, 2005 - % de retorno em PC .....	74
Figura 6.5 – Kaplan-Meier para tempo de tratamento de conclusão de tratamento odontológico no Município do Rio e Janeiro, 2005 .....	75
Figura 6.6 – Kaplan-Meier para tempo de conclusão de tratamento odontológico por faixa etária no Município do Rio e Janeiro, 2005 .....	76
Figura 6.7 – Kaplan-Meier para tempo de conclusão de tratamento odontológico por áreas pragmáticas no Município do Rio e Janeiro, 2005 .....	77

# 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Odontologia vem adquirindo crescente importância no cenário nacional, tendo em vista o reconhecimento da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e informação.

Em 1986, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), foi esboçado um diagnóstico da situação de saúde bucal no país e foram apontados rumos para a inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS), que até então era apenas uma proposta, bem como as possibilidades de financiamento das ações.

A saúde bucal, como direito de cidadania, foi tema da 2ª CNSB, realizada em 1993, numa conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988, inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagra a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Na apresentação do relatório final do evento, foi destacado que o atendimento público em Saúde Bucal era inexpressivo, limitando-se a procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade e atendimento da livre demanda. A prática profissional continuava restrita ao modelo cirúrgico-restaurador, individualista, de alto custo e baixa cobertura (Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde - 1993).

Posteriormente, pesquisas de âmbito nacional destacaram a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal.

Em 1998, por exemplo, a **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)** do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou que um número expressivo, estimado em 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira), nunca havia recebido atendimento odontológico. As maiores proporções foram encontradas em crianças menores de 4 anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998)

Na PNAD realizada em 2003 foram encontrados resultados semelhantes aos de 1998 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003). Uma parcela expressiva dos brasileiros (15,9%) – cerca de 27,9 milhões de pessoas – declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista. Observou-se, novamente, que as maiores proporções foram em crianças menores de cinco anos (81,8%), nos homens (17,5%) e na população rural (28%).

Em agosto de 2004 o Ministério da Saúde concluiu o **Projeto SB-Brasil**, a mais ampla e completa pesquisa em Odontologia já realizada no país. Foram examinadas quase 109 mil pessoas em todo o país no período de maio de 2002 a outubro de 2003, sendo obtidos dados relativos à presença de cárie dentária e da doença periodontal, necessidade do uso de prótese e acesso aos serviços de Odontologia. Dentre os principais resultados encontrados, destacaram-se:

1. em 27% das crianças de 18 a 36 meses de idade foi diagnosticada a presença de cárie dentária, sendo que a proporção chegou a 60% em crianças com cinco anos de idade;
2. somente cerca de 55% dos adolescentes com 18 anos possuíam todos os dentes;
3. mais de 28 % dos adultos não possuíam nenhum dente em uma das suas arcadas, sendo que desses, cerca de 15 % necessitavam de pelo menos uma dentadura;
4. em idosos esses resultados foram ainda mais alarmantes, com quase 26 dentes extraídos, em média por pessoa. Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente, e desses, mais de 36% necessitam de pelo menos uma dentadura.

Em 2004 foi realizada a 3<sup>a</sup> CNSB, com o tema **“Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”**. O objetivo era o desenvolvimento de um conjunto de proposições para possibilitar a construção coletiva de novos rumos para a política nacional de saúde bucal, e assim produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todos, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde - 2004).

Dessa forma, a busca pela qualidade dos serviços de assistência odontológica vem recebendo grande destaque, tendo em vista a sua importância na melhoria da saúde bucal da população brasileira, principalmente no âmbito do SUS.

É importante mencionar, entretanto, que a Odontologia encontra-se numa etapa inicial em relação à avaliação da qualidade da assistência. A busca pela qualidade em serviços de Odontologia tem poucas referências na literatura, ao contrário da área médica. Os conceitos sobre qualidade, sua aplicabilidade e os grandes benefícios advindos dessa prática são conhecidos, inclusive na contenção de custos, mas verifica-se que a implementação de um sistema de garantia da qualidade é incipiente e restrito a algumas organizações (Juhás, 2002).

Entendendo a importância da avaliação dos serviços de saúde como meio de promover a melhoria contínua do atendimento e o equilíbrio dos custos, e, em última análise, propiciar ao usuário o melhor atendimento possível, esse estudo foi concebido com o intuito de avaliar a qualidade da assistência odontológica recebida pelos pacientes de serviços municipais de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Este trabalho será útil no aprofundamento do conhecimento nessa área, fornecendo subsídios para reflexões sobre o assunto. Espera-se também que esse estudo possa servir de base para o desenvolvimento de pesquisas futuras dentro desse campo de conhecimento.

O tema é relevante pelo seu potencial de contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento odontológico, propiciando informações que podem auxiliar nos processos de tomada de decisão, planejamento, distribuição de recursos e priorização das ações em saúde bucal. Busca-se, ainda, a construção de instrumentos que possam ser utilizados no gerenciamento e avaliação desses serviços, de forma a contribuir para a incorporação da avaliação como prática sistemática nos serviços de saúde.

Espera-se fornecer subsídios para discussões referentes à qualidade do atendimento público odontológico no Brasil, contribuindo para maior aprofundamento do conhecimento nessa área.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Avaliar a qualidade da assistência odontológica nas unidades municipais básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

### **Objetivos específicos**

Como objetivos específicos enumeram-se:

- Sistematizar a literatura referente à avaliação de serviços de saúde, com ênfase no estabelecimento de um modelo teórico para a aplicação na área odontológica;
- Estabelecer indicadores para a avaliação da qualidade da assistência odontológica nos âmbito das unidades básicas de saúde do município;
- Identificar o potencial do uso de dados dos prontuários do pacientes na avaliação da qualidade da assistência odontológica;
- Aprender a percepção dos chefes de Odontologia e cirurgiões-dentistas sobre aspectos relativos à estrutura e processo da assistência à Saúde Bucal das unidades básicas municipais;
- Identificar o tempo entre início e conclusão do tratamento odontológico nas referidas unidades;
- Propiciar informações sobre a prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Um dos trabalhos pioneiros sobre avaliação dos serviços de saúde foi desenvolvido por Codman (Codman, 1916, *apud* Normand et al.), intitulado *A study in hospital efficiency: the first five years*. Nesse estudo, foi proposta uma metodologia para avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, com o intuito de definir as causas de sucesso ou insucesso do tratamento.

O período pós-guerra foi marcado pelo aumento dos custos e da complexidade da atenção médica, devido à incorporação de tecnologias e procedimentos médicos mais sofisticados, muitas vezes de forma indiscriminada. Somaram-se a esses aspectos, a diminuição do crescimento econômico e da capacidade do Estado de financiamento dos serviços de saúde, tornando indispensável o controle de custos dos sistemas de saúde. Essas transformações impulsionaram o aumento expressivo de trabalhos e pesquisas sobre avaliação dos custos e da qualidade da assistência em saúde (Hartz et al, 2001).

Nos países desenvolvidos, o avanço das pesquisas referentes à avaliação da qualidade ocorreu principalmente pela necessidade de controle social e pelos seguros privados dos gastos em saúde (Hartz et al, 2001). Na Inglaterra, por exemplo, buscou-se otimizar o atendimento gratuito do National Health Service devido às limitações de recursos para o seu custeio. Com esse intuito, surgiram inúmeros estudos para avaliação dos procedimentos médicos. Nos Estados Unidos, com o surgimento de programas de atenção à saúde como o Medicare e o Medicaid, foi observada a importância de pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde, visto a necessidade de maior controle dos custos (Reis et al, 1990). Em 1989, surge, naquele país, a *Agency for Health Care and Policy Research (AHCPR)*, responsável por financiar pesquisas e propostas de intervenção referentes ao assunto (Novaes, 2004).

Nos países periféricos, entretanto, o crescimento expressivo de trabalhos sobre avaliação da qualidade não acompanhou o mesmo tempo e ritmo dos países centrais. Ao contrário, a existência de um modelo médico-assistencial mercantilizado e fragmentado e sem nenhum controle social não estimulou o desenvolvimento de pesquisas sobre o assunto (Hartz et al, 2001).

No Brasil, a qualidade dos serviços de saúde recebeu maior destaque quando foi criado pelo Ministério da Saúde, na década de 90 do século passado, o Programa de Qualidade do Governo Federal aplicado à saúde, com o objetivo de estabelecer políticas e ações de melhorias voltadas para atender as expectativas, necessidades e requisitos dos usuários de seus serviços e produtos. Foi proposto o uso crescente de indicadores de resultados para avaliações em saúde, assim como a criação do Programa Nacional de Acreditação, do Programa da Qualidade do Sangue e do Programa de Gestão das Políticas de Saúde. Além disso, foi incentivada a adoção de protocolos clínicos, a modernização e adequação da rede (REFORSUS) e estímulo ao controle social (Almeida, 2001).

Para darmos continuidade à discussão sobre o assunto, é preciso antes estabelecer o significado do termo “qualidade”, quando aplicado no campo da saúde.

### **O conceito de qualidade**

Demo (2000) identifica dois tipos de qualidade: a qualidade formal e a qualidade política. A primeira refere-se a “instrumentos, técnicas e métodos”, de forma objetiva. O outro tipo envolve “finalidades, valores e conteúdos”, numa perspectiva subjetiva. A qualidade seria então pensada a partir da dimensão objetiva e subjetiva: a objetiva seria mensurável, enquanto que a subjetiva estaria relacionada a emoções e sentimentos, não sendo possível, portanto, quantificar. De acordo com Uchimura (2002), esses conceitos poderiam ser aplicados no campo da saúde pública.

Muitos autores (Donabedian, 1990; Vuori, 1991), entretanto, afirmam que o conceito de qualidade na área da saúde é difícil de ser estabelecido, e não há uma definição única. Donabedian (1990) sustenta que o conceito de qualidade dos serviços de saúde deve ser abrangente, visto a sua natureza dinâmica, que envolve também valores sociais. Para o autor, o conceito de qualidade, quando aplicado aos cuidados de saúde, deve ser abordado utilizando um conjunto de atributos, por ele chamado de pilares da qualidade: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990)

Para Vuori (1991), são muitos os elementos envolvidos no conceito de qualidade dos serviços de saúde: efetividade (relação entre o impacto real de um serviço dentro de um sistema operativo e o impacto potencial de uma situação real), a eficiência (relação entre o impacto de um serviço e o custo de sua produção), adequação (relação entre a

disponibilidade de serviços e necessidades da população), qualidade técnica científica (conhecimento e tecnologia disponível), satisfação do usuário e do profissional de saúde, acessibilidade (capacidade de obter os serviços de que necessita e em quantidade suficiente) e continuidade (tratamento como um todo).

Gattinara et al (1995) também citam os diversos fatores envolvidos na determinação da qualidade dos serviços de saúde: acessibilidade (cultural, geográfica, social e econômica), eficácia (normas e tecnologias adequadas), eficiência (custos, recursos), competência profissional (comunicação, habilidade técnica e atitudes) e satisfação dos usuários (custo, tempo, tratamento recebido e resultados concretos).

Finalmente, uma definição amplamente utilizada é a do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (*Institute of Medicine – IOM*) (1990), que considera qualidade da assistência à saúde como “o grau em que serviços de saúde para indivíduos e populações melhoram a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente”.

### **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde**

De acordo com Portela (2000) a avaliação em saúde produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde. Dessa forma, é possível subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor.

Em relação à avaliação da qualidade da assistência, Donabedian (1980) aprimorou proposta metodológica baseada em três componentes: estrutura, processo e resultado.

**Estrutura** refere-se as características mais estáveis dos serviços, e considera os seguintes aspectos: recursos humanos, físicos e financeiros, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos (Portela, 2000). Trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados (Hartz, 1997) Embora a estrutura seja fundamental para garantir a qualidade da assistência, a avaliação pautada somente nesse componente é a que oferece menos informação sobre a qualidade da assistência.

A avaliação do **Processo** sedimenta-se na idéia de que a probabilidade de ocorrência de resultados favoráveis cresce quando tecnologias em saúde (procedimentos

médicos e cirúrgicos, equipamentos, medicamentos, sistemas organizacionais e de suporte à provisão de cuidados de saúde, etc) são aplicadas corretamente, à luz do conhecimento existente (Portela, 2000).

A apreciação do **Processo** de uma intervenção pode ser decomposta em três dimensões (Hartz,1997):

- Técnica: aprecia a adequação dos serviços às necessidades. Inclui a avaliação da qualidade dos serviços, a partir dos critérios e das normas profissionais.
- Relações interpessoais: aprecia a interação psicológica e social que existe entre os clientes e os produtores de cuidados.
- Organizacional: a dimensão organizacional do processo diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão de cobertura dos serviços oferecidos, assim como a globalidade e a continuidade dos cuidados.

A apreciação do **Resultado** consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. São comparados os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados. (Hartz, 1997). Objetiva avaliar as mudanças no estado da saúde da população (Portela, 2000).

Em 1992, o Grupo de Pesquisa de Serviços de Saúde (Health Services Research Group) da Universidade de Toronto concluiu quais seriam os elementos mais importantes que deveriam ser considerados na avaliação da qualidade da assistência em saúde, conforme mostra o Quadro 3.1.

**Quadro 3.1 - Elementos a serem considerados para a garantia da qualidade do cuidado de saúde**

<b>Elementos</b>	<b>Questão</b>
<b>Acessibilidade</b>	Existem barreiras para a oferta dos cuidados de saúde necessários?
<b>Coordenação e Continuidade</b>	Existe uma continuidade das informações através de uma comunicação aberta? O cuidado em saúde é coordenado e organizado entre aqueles que o oferecem?
<b>Amplitude</b>	Todos os recursos apropriados estão integrados para a oferta do cuidado? É considerada uma ampla perspectiva em relação ao cuidado do paciente?
<b>Paciente</b>	O cuidado é planejado para e com os pacientes?
<b>Efetividade</b>	A oferta do cuidado em saúde segue padrões definidos em relação aos riscos e benefícios, refletindo o melhor a ser alcançado nas dadas circunstâncias no que diz respeito aos processos e resultados?
<b>Eficiência</b>	Os serviços de saúde necessários são oferecidos sem resoluções de custos que possam prejudicar os pacientes?

Os autores afirmam ainda que é importante considerar em qual contexto a qualidade está sendo avaliada (institucional ou de determinado serviço) e também qual o nível da assistência (baixa, média ou alta complexidade).

É importante mencionar, entretanto, que qualquer que seja a abordagem escolhida para monitorar a qualidade da assistência, o ponto crítico é a transformação do conceito de qualidade em representações concretas sob a forma de critérios, indicadores ou padrões, que lhe assegurem a validade desejada (Hartz et al, 2001).

Sabe-se, no entanto, que as iniciativas para avaliação da qualidade da assistência são mais bem sucedidas se os gestores demonstrarem o compromisso de avaliá-la e, se necessário, realizarem as alterações necessárias com os recursos disponíveis. Além disso, esse tipo de avaliação deve ser bem aceita não só por gestores, mas também pelos profissionais, financiadores e pacientes (Health Services Research Group, 1992).

No que diz respeito às fontes de dados que podem ser utilizadas para avaliar o cuidado em saúde, aquelas mais significativas estão listadas no Quadro 3.2. Observa-se, atualmente, a necessidade de que as fontes de dados possam ser obtidas rotineiramente,

de maneira contínua. Dessa forma, registros computadorizados e padronizados são cada vez mais demandados (Health Services Research Group, 1992).

### **Quadro 3.2 – Fontes de dados utilizadas para avaliar a qualidade do cuidado em saúde**

<b>Fonte</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Dados epidemiológicos</b>	Taxas de mortalidade, morbidade, taxas de admissão em hospitais.
<b>Registros</b>	Registros sobre procedimentos específicos. Registros sobre doenças específicas.
<b>Inquéritos</b>	Inquéritos de saúde. Censo.
<b>Dados Administrativos</b>	Reclamações e reivindicações de profissionais de saúde
<b>Prontuários</b>	Prontuários de pacientes internados, de pacientes ambulatoriais ou de clínicas.
<b>Pacientes</b>	Grau de satisfação do paciente.

### **Avaliação de serviços de assistência odontológica**

#### ***- Estudos sobre a qualidade de assistência em Odontologia***

Pesquisas sobre avaliação da assistência odontológica vêm recebendo crescente importância na comunidade científica, impulsionadas principalmente por fatores como a elevação do custo da atenção odontológica, o aumento do papel do Estado na prestação direta de serviços de saúde e financiamento do setor, assim como pelo crescimento das queixas de pacientes em relação ao atendimento (Ireland, 1996).

Dessa forma, métodos têm sido desenvolvidos nos últimos anos para avaliar a qualidade da assistência odontológica, o que tem sido de extrema relevância, visto que grande parte dos serviços de Odontologia não tem sofrido avaliações sistemáticas. Algumas medidas foram desenvolvidas por pesquisadores para avaliar a qualidade da assistência odontológica, mas observou-se que não existe um único instrumento de avaliação que englobe todos os aspectos da qualidade da assistência. Sobre esse assunto, Jerge e Orłowski (1985) enfatizaram dois aspectos:

- Para a avaliação da qualidade do cuidado em Odontologia, é preciso considerar aspectos relacionados ao paciente, ao diagnóstico, plano de tratamento e tratamento propriamente, e não somente analisar a qualidade técnica do procedimento executado; e
- O prontuário odontológico, corretamente preenchido e estruturado, é um importante (se não o mais importante) instrumento para avaliar a qualidade da assistência odontológica.

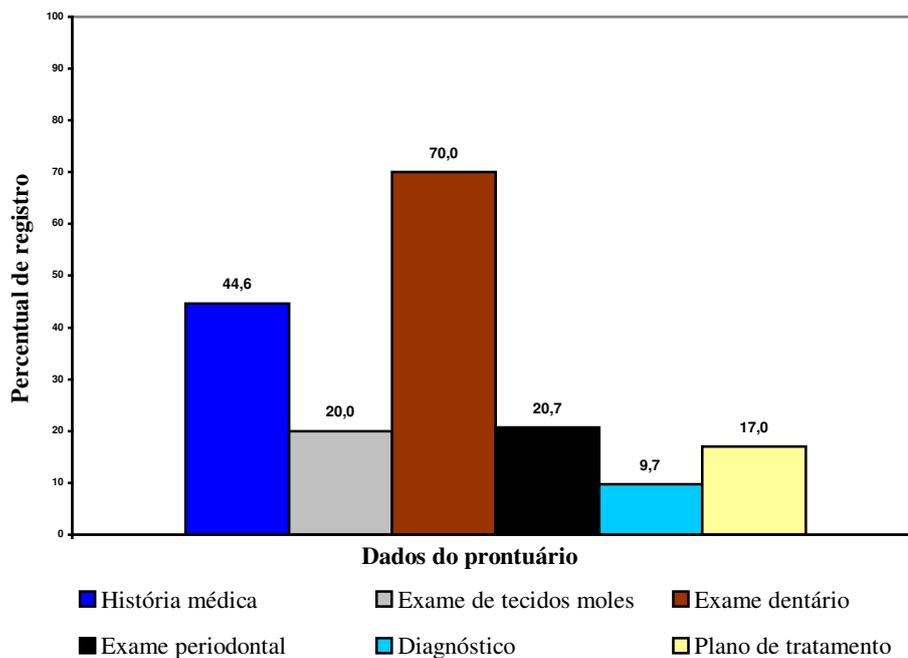
#### ***- A importância dos prontuários odontológicos como fonte de dados***

Ainda de acordo com os autores, a utilização de prontuários odontológicos como fonte de dados é recente no campo da Saúde Bucal, e é bastante valiosa, pois a maioria das doenças bucais é de natureza crônica, o que facilita o monitoramento de sua progressão. Merece destaque ainda sua importância para aspectos médico-legais, administrativos, financeiros e auditoriais. Torna-se fundamental, entretanto, o seu preenchimento adequado, de forma a garantir a validade e a confiabilidade das medidas analisadas. Rotta et al (2003) afirmam que a preocupação dos profissionais de saúde com a qualidade do prontuário é recente e ainda é comum a falta de conhecimento sobre sua importância. Como desvantagem, os prontuários em geral não podem ser utilizados para avaliar aspectos técnicos dos procedimentos, sendo mais indicado para esses casos o exame dos pacientes, o que aumentaria os custos de uma pesquisa.

Helminen et al (1998), reconhecendo a importância dos prontuários odontológicos como forma de possibilitar o monitoramento da saúde bucal do paciente, além de ser uma fonte valiosa de informação sobre o cuidado, realizou pesquisa com o intuito de verificar a qualidade do preenchimento dos prontuários odontológicos em um centro de saúde público na cidade de Vantaa, ao Sul da Finlândia. Objetivou ainda relacionar a qualidade do preenchimento com características dos cirurgiões-dentistas e para isso avaliou 221 prontuários de pacientes examinados no ano de 1994. Os resultados mostraram registros incompletos, principalmente em relação à história do paciente e à continuidade do tratamento. Além disso, foi observado que dentistas do sexo feminino e profissionais com idade inferior a 37 anos produziam registros mais completos. Como conclusão, foi ressaltada a importância do incentivo aos profissionais para um correto preenchimento dos prontuários, de forma a garantir melhor atendimento aos pacientes e permitir a avaliação da qualidade da assistência.

Morgan (2001) realizou pesquisa semelhante ao investigar a qualidade do preenchimento dos prontuários odontológicos de 47 cirurgiões-dentistas da Inglaterra e País de Gales. Foram avaliados 464 prontuários com o intuito de verificar a frequência do registro de dados como história médica, exame, diagnóstico e plano de tratamento, sendo observados os resultados mostrados na Figura 3.1.

**Figura 3.1- Frequência de registro dos dados dos prontuários odontológicos**



Como conclusão, verificou-se a existência de registros insuficientes em prontuários odontológicos provenientes tanto de clínicas privadas como de centros de saúde do National Health Service, sendo que neste último os registros foram ainda mais incompletos, comparativamente. De acordo com o autor, informações essenciais para a garantia da qualidade do atendimento estavam ausentes, apontando para a necessidade de formulação de mecanismos de monitoramento de registros em Odontologia.

Vehkalahti et al (1992) também ressaltaram que o uso dos prontuários é de suma importância para a obtenção de informações para avaliação da qualidade da assistência odontológica. Dessa forma, os autores realizaram pesquisa a partir da análise de dados de 367 registros de pacientes com 15 anos de idade, oriundos de clínicas odontológicas públicas. Os registros continham informações sobre consultas de revisão, condição de saúde bucal e o tratamento realizado. Os critérios utilizados para avaliar a qualidade da assistência foram:

- frequência das consultas de revisão;
- preenchimentos corretos dos prontuários;
- presença da classificação dos pacientes de acordo com o risco de cárie;
- frequência da aplicação tópica de flúor;
- realização de instrução de higiene bucal; e
- motivação quanto aos hábitos alimentares saudáveis.

Os resultados mostraram preenchimentos inadequados de prontuários odontológicos, e indicaram ainda que o tipo de registro utilizado pelos profissionais era incompleto, pois não havia espaço na ficha destinado para anotação de informações importantes como hábitos de higiene bucal, dieta e quantidade de placa bacteriana. O estudo mostrou ainda que a assistência odontológica pública da cidade de Helsinki (Finlândia) não alcançou os parâmetros estabelecidos para indicar um tratamento adequado. Observou-se que o tipo de atendimento era padronizado e não considerava as necessidades individuais de cada paciente. Sendo assim, pacientes classificados como de alto risco para cárie dentária recebiam o mesmo tratamento dos indivíduos considerados de baixo risco.

Mattila et al (2002) também utilizou informações obtidas a partir de prontuários para avaliar a qualidade do atendimento odontológico de crianças na cidade de Turku, Finlândia. Com esse intuito, foi iniciado estudo longitudinal em 1986 utilizando-se amostra de 1292 gestantes, obtida a partir da pesquisa intitulada *Finnish Family Competence*, e posteriormente seus filhos foram examinados em clínicas odontológicas aos 3, 5, 7 e 10 anos. No final do estudo, foram obtidas informações a partir de 1074 prontuários. Os pacientes foram classificados de acordo com o risco para cárie dentária, e alguns parâmetros foram estabelecidos a partir da experiência clínica de profissionais, literatura científica e experts em odontopediatria, com o intuito de avaliar a qualidade do atendimento:

- satisfação do paciente;
- índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados);
- qualidade do registro;

- número de crianças com e sem a doença cárie dentária;
- classificação de acordo com o risco para a doença cárie dentária;
- frequência das consultas (relacionada com o risco); e
- presença/ausência de gengivite.

Como conclusão, os autores afirmam que os critérios estabelecidos para avaliar a qualidade do atendimento foram restritos aos aspectos técnicos, sendo necessário, portanto, incluir outros parâmetros, principalmente aqueles relacionados com estrutura e processo. Ressaltam ainda a importância da informatização para a obtenção de documentação mais cuidadosa e facilitação da coleta de dados.

Helminen et al (2002) também utilizaram os prontuários odontológicos como fonte de informação em um estudo com o intuito de comparar a percepção sobre a qualidade da assistência odontológica do ponto de vista de cirurgiões-dentistas de um serviço público da cidade de Helsinkí, Finlândia, em relação à qualidade da assistência observada a partir dos prontuários. Para isso, foram avaliados 208 prontuários e 312 radiografias de pacientes adultos selecionados aleatoriamente. Os profissionais responderam um questionário estruturado com o objetivo de obter informações sobre sua percepção em relação à qualidade do tratamento odontológico. Como resultado, observou-se que de uma forma geral a percepção dos dentistas não correspondia às informações obtidas nos prontuários, pois a qualidade percebida era maior do que a observada nos prontuários.

Além dos prontuários, Marshall (1997) recomenda a avaliação de radiografias odontológicas, no sentido de possibilitar a análise do diagnóstico, do plano de tratamento, da seqüência das consultas e da qualidade técnica dos procedimentos.

#### ***- Utilização de indicadores de saúde bucal***

Ireland (1998) ressalta que, além da necessidade de prontuários bem preenchidos, é fundamental a utilização de indicadores clínicos e psicossociais para serem registrados antes e depois da intervenção. De acordo com o autor, os indicadores são de fundamental importância, pois possibilitam avaliar a qualidade da assistência, comparar com os resultados de outros profissionais e com metas pré-estabelecidas.

Em 1996, o mencionado autor realizou pesquisa com o objetivo de descrever o projeto denominado ORATEL, que propunha instrumentos para avaliação e melhoria da qualidade da assistência em Odontologia, utilizando sistemas de informações computadorizados. O trabalho procurou ainda investigar o grau de aceitabilidade dos cirurgiões-dentistas para esse novo projeto, que foi desenvolvido pela Comunidade Européia, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS). A primeira fase do projeto foi caracterizada pela seleção de indicadores para avaliar a qualidade da assistência, que foram categorizados em dois níveis: individuais, para utilização em clínicas, e populacionais, específicos para autoridades em saúde. Foi criado um total de 87 indicadores, divididos em cinco categorias: condição de saúde bucal, procedimentos/intervenções, visitas de revisão, satisfação do paciente e administração. A seguir, foram desenvolvidas ferramentas para serem utilizadas pelos profissionais de saúde bucal com o objetivo de auxiliar os processos de tomada de decisão e monitoramento das consultas. Na opinião dos cirurgiões-dentistas do National Health Service (NHS/ Inglaterra), o preenchimento de todos os indicadores sugeridos foi difícil e demorado, mas de uma forma geral as primeiras experiências foram positivas. Foi possível, por exemplo, a avaliação retrospectiva da atuação dos profissionais de saúde bucal, o que contribuiu significativamente para a melhoria da qualidade da assistência odontológica do NHS.

O mesmo autor, em 1998, investigou a relevância da utilização de indicadores clínicos de saúde bucal recomendados pelo Projeto ORATEL em amostra de 150 pacientes, com idades entre 50-64 anos e que recebiam atendimento odontológico por dentistas generalistas (GDP) do National Health Service. Os indicadores sobre condição de saúde bucal foram divididos em dois grandes grupos de acordo com a facilidade de preenchimento, conforme mostram o Quadro 3.3.

### Quadro 3.3 - Avaliação da condição de saúde bucal

<i>Indicadores de fácil preenchimento</i>	<i>Indicadores com definições imprecisas e difícil preenchimento</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pacientes edêntulos</li> <li>• Número de dentes por paciente</li> <li>• Número de pacientes com 20 dentes ou mais</li> <li>• Número de pacientes livres de cárie</li> <li>• CPOD e CPOS por paciente</li> <li>• Número de superfícies com lesões cariosas</li> <li>• Presença de tratamento endodôntico</li> <li>• Número de sextantes com sangramento gengival</li> <li>• Número de sextantes com cálculo</li> <li>• Número de sextantes com bolsa periodontal</li> <li>• Número de sextantes com bolsa periodontal profunda</li> <li>• Número de pacientes com próteses totais (superior e inferior)</li> <li>• Número de pacientes com lesões em mucosa oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de dentes com lesões cariosas não tratadas</li> <li>• Número de superfícies dentárias com lesão cariiosa recorrente</li> <li>• Restaurações com defeitos marginais</li> <li>• Tratamento endodôntico inadequado</li> <li>• Dente com pulpite</li> <li>• Dente com placa visível</li> <li>• Superfícies dentárias com placa visível</li> <li>• Número de dentes com perda de inserção óssea</li> <li>• Dentes com fratura</li> <li>• Dentes com interferência oclusal</li> <li>• Pacientes com maloclusões tratadas ou referidas</li> </ul>

Da mesma forma, os indicadores referentes ao tratamento e intervenções foram divididos em dois grupos, de acordo com a facilidade de preenchimento, conforme mostra o Quadro 3.4.

### Quadro 3.4 - Avaliação de procedimentos odontológicos

<i>Indicadores com definições precisas e fácil preenchimento</i>	<i>Indicadores com definições imprecisas e difícil preenchimento</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de dentes com restaurações realizadas</li> <li>• Tipos de materiais restauradores utilizados</li> <li>• Dentes com tratamento endodôntico realizado</li> <li>• Número de pacientes que receberam restaurações</li> <li>• Número de pacientes que receberam próteses parciais removíveis</li> <li>• Número de pacientes que receberam próteses totais</li> <li>• Número de pacientes que receberam tratamento periodontal</li> <li>• Número de pacientes que receberam medicação por motivos terapêuticos</li> <li>• Número de pacientes submetidos à biópsia</li> <li>• Número de dentes extraídos</li> <li>• Número de pacientes que receberam tratamento cirúrgico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de dentes com complicações durante o tratamento de canal</li> <li>• Tempo utilizado para atividades educativas e de promoção de saúde</li> <li>• Número de pacientes que receberam tratamento para lesões orais benignas</li> </ul>

Os resultados demonstraram a importância da utilização de indicadores de saúde bucal como instrumentos para possibilitar a identificação de tratamentos ineficientes, e dessa forma eliminá-los, modificá-los ou melhorá-los. Além disso, é possível estabelecer metas e elaborar protocolos. Como desvantagens, a necessidade de calibração entre os profissionais e o maior tempo necessário para o preenchimento do prontuário são apontados. O autor sugeriu ainda a utilização de outros indicadores, como o número de consultas até a alta (para estimar o tempo utilizado pelo paciente com consultas odontológicas), o número de consultas com técnico de higiene dental (para investigar alterações periodontais) e o número de consultas de emergência (para investigar o motivo).

Para Bittar (2004) somente o uso contínuo de indicadores trará aperfeiçoamento e inovação na avaliação, e conseqüentemente no planejamento, organização e coordenação de serviços de saúde. O autor afirma que a elaboração de manuais com definição, justificativa, fonte de dados, fórmula, tipo, método, amostra, frequência e meta colabora na fidedignidade e melhor utilização dos indicadores. Torna-se imprescindível ainda a manutenção de séries históricas e a quantidade adequada de indicadores que realmente meçam riscos, qualidade, produtividade e custos. Além disso, é de suma importância a divulgação dos resultados alcançados.

#### ***- Satisfação do paciente***

Cabe ressaltar a importância de incorporar a opinião dos pacientes no processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, merece destaque a pesquisa realizada por Burke e Croucher (1996), que investigaram os critérios utilizados pelos pacientes do National Health Service (Inglaterra) para considerar um atendimento odontológico de boa qualidade. A pesquisa foi dividida em duas partes: inicialmente, 30 pacientes e 30 cirurgiões-dentistas escolheram oito critérios que indicavam um atendimento de boa qualidade. Posteriormente, todos esses critérios foram avaliados por outros 344 pacientes. Os resultados demonstraram que para esse grupo de pacientes três aspectos mereceram destaque: explicação sobre os procedimentos que serão realizados, esterilização/higiene e habilidades técnicas do profissional. Para os cirurgiões-dentistas, os critérios mais importantes foram: realização de procedimentos odontológicos sem a ocorrência de dor no paciente, equipe de trabalho agradável e a existência de atendimento para emergências. Concluiu-se que os aspectos indicativos de boa qualidade de atendimento não foram os mesmos para os dois grupos. Dessa forma,

torna-se importante maior participação dos pacientes no processo de planejamento e avaliação da assistência em Odontologia.

### **Métodos de avaliação da qualidade da assistência odontológica**

Em 1980, Bailit classificou em três grandes grupos os diversos métodos que podem ser utilizados para a avaliação da qualidade da atenção em Odontologia, considerando o modelo proposto por Donabedian (1980) envolvendo as dimensões de estrutura, processo e resultados.

O autor destaca três metodologias importantes para avaliar a **estrutura**: licenciamento, certificação e acreditação, que serão melhores explicadas a seguir:

#### **- Licenciamento**

O licenciamento consiste na responsabilidade de um órgão específico em autorizar legalmente o indivíduo para a prática profissional. Dessa forma, o monitoramento dessas entidades é um método de garantir a qualidade da atenção em Odontologia.

#### **- Certificação**

De acordo com Bailit (1980) a certificação é diferente do licenciamento, pois geralmente requer um programa de treinamento e uma avaliação para certificar que o profissional está apto para desenvolver atividades relativas à sua ocupação.

Cabe mencionar que um tipo de certificação que pode ser utilizada na área odontológica é a Certificação ISO 9002. Ela pode ser definida como um processo sistemático de definição e verificação dos métodos de trabalho com o intuito de garantir a qualidade do cuidado ao paciente e melhor utilização dos recursos disponíveis (Kenny et al, 1999). De acordo com Kufitinec et al (2000), a certificação ISO 9002 (International Standards Organization) tem como objetivo principal a adoção de medidas capazes de prevenir, reduzir e eliminar erros durante a atividade em saúde. Dessa forma, busca-se a identificação de processos que possam prejudicar a qualidade da assistência aos pacientes, e a análise do que é ou não realmente efetivo. Vale reportar ainda que esse tipo de certificação, aceita internacionalmente, identifica uma série de elementos que são importantes para a implementação de um sistema de gerenciamento efetivo na organização.

O ISO 9002 pode ser aplicado na prática odontológica, mas é necessário considerar alguns aspectos (Davies & Durning, 1997):

- Ao contrário da prática médica, que majoritariamente é realizada em hospitais, os serviços de Odontologia são, em grande parte, localizados em clínicas e consultórios, muitas vezes de caráter privado. Dessa forma, a obtenção de dados relevantes é dificultada.
- O ISO 9002 é mais indicado para organizações de médio ou grande porte, pois requer tempo destinado ao gerenciamento. Em consultórios ou clínicas, muitas vezes não é possível tal disponibilização.
- Esse tipo de certificação engloba aspectos gerenciais, mas desconsidera os procedimentos clínicos, que são regulados por conselhos e associações.

Casas et al (2003) ressaltam ainda que pode haver um aumento considerável de dedicação e tempo destinados à implementação dos métodos de trabalhos necessários à certificação. Além disso, os autores observam que o ISO 9002 pouco influencia na preparação para um processo de acreditação.

Como benefícios esperados a partir de uma certificação ISO 9002, Kenny et al (1999) mencionam a garantia da prática odontológica baseada em um sistema que garante resultados consistentes, independente de mudanças na equipe de trabalho ou de materiais. Ainda de acordo com os autores, esse tipo de certificação traduz, para os pacientes, maior confiança na assistência à saúde.

#### **- Acreditação**

O processo de acreditação de organizações prestadoras de serviços de saúde pode ser definido como um sistema articulado de aspectos gerenciais e assistenciais que buscam garantir a qualidade dos serviços prestados pela organização como um todo. Esse sistema é construído com base no quadro de referência de melhoria contínua, e pressupõe, por solicitação voluntária, uma avaliação pontual e periódica da prática assistencial corrente nas organizações de saúde, com a utilização de um conjunto de padrões previamente estabelecidos. Um programa de acreditação tende a se iniciar como um processo educativo de melhoria da qualidade assistencial, mas muda, ao longo do tempo, para um processo de contínuo aprimoramento, com o propósito de manter, ou mesmo elevar, os padrões desejáveis de qualidade assistencial. Além disso, por ser um

procedimento voluntário, pressupõe uma ação proativa das organizações de saúde em mostrar à população, autoridades sanitárias e pagadores/compradores de serviços de saúde, que apresentam um padrão de qualidade compatível com uma referência externa (Neto, 2001).

Vale reportar que existem poucas experiências de acreditação em Odontologia. Em países como os Estados Unidos, por exemplo, esse processo de avaliação é bastante utilizado para programas de residência e pós-graduação. Naquele país a acreditação de cursos de Odontologia é bastante estimulada, pois há uma grande expectativa dos estudantes pela alta qualidade no ensino. De acordo com Binkley (1997) os padrões de acreditação usualmente utilizados referem-se a conteúdos curriculares, objetivos educacionais e os resultados do processo educacional, assim como o próprio processo. Entretanto, segundo a autora, não existe uma padronização dos critérios utilizados para a avaliação dos processos e resultados dos programas de residência, o que gera inúmeras recomendações e manuais. Atualmente esses programas são acreditados pela Advanced Education in General Dentistry (AEGD) ou General Practice Residency (GDR).

Cabe mencionar ainda uma experiência de acreditação no Setor de Odontologia de uma unidade de saúde em Sydney, na Austrália, no ano de 1998. O processo de acreditação foi iniciado com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado aos pacientes, e foi realizado a partir de um programa de avaliação e melhoria da qualidade (Evaluation and Quality Improvement Program). Foram consideradas áreas como: continuidade do cuidado, liderança e administração, recursos humanos, gerenciamento de informações e infra-estrutura. Após essa etapa, a unidade de saúde recebeu um relatório e foi requisitada a desenvolver um plano de ação que levasse em consideração as recomendações sugeridas para a melhoria da qualidade da assistência. Após essa fase, a unidade de saúde recebeu o certificado de acreditação, que tem a duração de três anos. Essa foi a primeira experiência de acreditação na área de Odontologia na Austrália.

Para a avaliação do **processo**, Bailit (1980) afirma que podem ser utilizadas as metodologias prospectivas, concorrentes e retrospectivas.

#### **- Metodologias prospectivas**

Essas metodologias envolvem a avaliação do tratamento proposto, que inclui a revisão do plano de tratamento e cartas de especialistas a respeito dos procedimentos odontológicos sugeridos. É realizado então um julgamento a respeito da necessidade e

adequação da assistência, aspectos importantes para a garantia da qualidade (Brothwell, 1998; Bailit, 1980).

#### **- Metodologias concorrentes**

A abordagem que pode ser utilizada é a revisão de pares (peer review), que se caracteriza pela avaliação da qualidade do serviço por membros da instituição (em caso de serviços odontológicos públicos). Cada equipe realiza visitas para observar a rotina dos atendimentos nas clínicas e, após as visitas, são criados grupos de discussão para avaliar a qualidade da assistência. Em casos de clínicas e consultórios particulares, entretanto, pode não ser um método válido (Brothwell, 1998; Bailit, 1980).

#### **- Metodologias retrospectivas**

Auditorias são importantes para avaliação dos registros dos pacientes (prontuários), onde é possível observar o diagnóstico, plano de tratamento, seqüência do tratamento e sua finalização. O prontuário é, portanto, um registro dos processos envolvidos na assistência odontológica. As radiografias odontológicas são importantes também em auditorias, visto que é permitem observar a necessidade de tratamento e seus resultados.

Outro mecanismo de avaliação da qualidade é o exame direto do paciente, que permite observar a qualidade técnica dos procedimentos realizados. Nesses casos, ainda é possível determinar o grau de satisfação dos pacientes (Brothwell, 1998; Bailit, 1980).

No que concerne aos **resultados**, Bailit (1980) conclui que tal categoria tem recebido menos atenção e acredita que os principais motivos sejam problemas metodológicos, como, por exemplo, a dificuldade de separar os efeitos da assistência dos efeitos de outras variáveis que influenciam a saúde do indivíduo. Dolan (1995) afirma que grande parte das medidas atualmente existentes em Odontologia diz respeito a questões fisiológicas e patológicas, relacionadas principalmente à cárie dentária e doença periodontal. Para a autora, a avaliação de resultados deve estar direcionada a questões como: Quais são os benefícios do atendimento recebido? O paciente é capaz de perceber os benefícios da assistência? Dessa forma, são necessárias mais pesquisas sobre o assunto, visto a sua importância para o desenvolvimento de estratégias alternativas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento.

Assim como Bailit (1980) Brothwell propõe, em 1998, um novo modelo conceitual sobre a qualidade da assistência odontológica, baseado naquele proposto por Avedis Donabedian, em 1966. Entretanto, de acordo com o autor, o modelo proposto por Donabedian, embora de grande importância, é deficiente em dois aspectos: não considera a importância dos recursos para a organização dos serviços de saúde, assim como a necessidade de avaliação da qualidade da assistência sobre a perspectiva da saúde pública. No que diz respeito à importância dos recursos para a provisão da assistência odontológica, o autor explica que os padrões estabelecidos para a garantia da qualidade podem ser diferentes em países em desenvolvimento e desenvolvidos, mas mesmo assim ambos podem oferecer assistência com qualidade. Sob a perspectiva da saúde pública, é difícil, por exemplo, determinar a qualidade do atendimento odontológico que envolva procedimentos restauradores, pois essas intervenções, mesmo que perfeitas tecnicamente, poderiam ser evitadas com a promoção de saúde e medidas preventivas.

Dessa forma, Brothwell exemplifica os elementos mais importantes para a garantia da qualidade da assistência odontológica, baseando-se no modelo proposto por Avedis Donabedian (1966) e Burt & Eklund (1992), como pode ser observado no Quadro 3.5. Para o autor, aspectos relacionados à estrutura, processo, resultado, comunidade e capacidade devem ser considerados para o processo de melhoria contínua da qualidade da assistência em Odontologia.

**Quadro 3.5 - Garantia da Qualidade da Assistência Odontológica (Brothwell)**

Capacidade	Estrutura	Processo	Resultado	Comunidade
<b>Desenvolvimento Econômico</b>  <b>Recursos Disponíveis</b> Sociedade Cuidado em saúde Programas Odontológicos  <b>Compromisso dos Gerentes</b>	<b>Facilidades</b> Cenário Estrutura Física Layout Acesso  <b>Equipamentos</b> Operadores Instrumentos Fornecedores Esterilização  <b>Pessoal</b> Adequado Treinamento Licenciamento Certificação  <b>Administração</b> Procedimentos Sistemas de registros Protocolos	<b>Gerenciamento</b> Prática Pessoal Paciente  <b>Registros</b> Conteúdo Perfeição Disponibilidade Legibilidade  <b>Diagnóstico</b> Adequado Documentação Profundidade  <b>Plano de Tratamento</b> Elaboração Seqüência Adequação  <b>Tratamento</b> Adequado Oportunidade	<b>Satisfação do Paciente</b>  <b>Status da Saúde Oral</b> Higiene Oral Perda dentária Periodontite Cárie dentária  <b>Realização do Tratamento</b> A tempo Adequado  <b>Padrões de Reavaliação</b> Freqüência Necessidade	<b>Cobertura Populacional</b> Utilização Acesso Equidade Igualdade  <b>Coordenação e Continuidade</b>

Em relação à garantia da qualidade da assistência odontológica prestada a crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais, a Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry) publicou, em 1997, um manual em que foram discutidos os critérios necessários para avaliação e monitoramento da qualidade da assistência odontológica. Foram identificados dez aspectos importantes:

1. Responsabilidade: o cirurgião-dentista deve ser responsável e participar ativamente da avaliação e monitoramento da assistência prestada;
2. Estabelecimento dos aspectos mais importantes da assistência que serão incluídos na avaliação e monitoramento;

3. Identificação de casos que tenham grande impacto na qualidade do cuidado, tais como pacientes com alto risco, ou alta atividade de cárie dentária, e pacientes com problemas periodontais;
4. Utilização de indicadores relacionados com a qualidade da assistência, que devem ser bem definidos, mensuráveis, objetivos e capazes de ajudar na identificação de problemas e oportunidades que possam melhorar o cuidado prestado;
5. Estabelecimento de metas para cada indicador desenvolvido, que podem ser definidas a partir da literatura, da prática clínica ou de experiências da própria organização;
6. Realização de adequada coleta e organização dos dados, com o intuito de comparar os resultados com as metas estabelecidas;
7. Avaliação da assistência através da comparação dos resultados atingidos com as metas estabelecidas, de forma a identificar novas oportunidades de melhora ou problemas ainda existentes;
8. Conclusão sobre se a assistência é adequada ou se é necessário o desenvolvimento de novas estratégias para superar os problemas existentes ou ainda aproveitar as oportunidades para possíveis melhoras;
9. Avaliação constante de novas estratégias para identificação da sua efetividade; e
10. Comunicação das informações relevantes para departamentos ou organizações envolvidas, possibilitando a identificação de padrões de atendimento ou problemas comuns a vários serviços ou departamentos.

## **Práticas e modelos de gerenciamento com vistas à qualidade da assistência odontológica**

### ***- Odontologia baseada em evidência científica***

No passado, o paradigma predominante nas ciências de saúde consistia em entender o mecanismo básico das doenças e sua fisiopatologia, com o estabelecimento de protocolos clínicos a partir de princípios biológicos. Os problemas clínicos existentes eram discutidos através de experiências clínicas, do entendimento sobre aspectos biológicos da doença, consultas em livros e opiniões de profissionais experientes (Nainar, 1998).

Atualmente, a prática clínica baseada em evidência científica (Evidence based approach) é o paradigma prevalente nas ciências de saúde (Nainar, 1998). Essa abordagem caracteriza-se por ser um processo sistemático de revisão e avaliação das evidências científicas relevantes para determinada situação clínica. Tem como objetivo principal ajudar os profissionais de saúde a produzirem o melhor cuidado possível (Ismail & Bader, 2004).

A ênfase nesse novo tipo de abordagem aumentou substancialmente na última década do século passado, quando se observou que as informações provenientes de opiniões de experts e poucos casos clínicos eram insuficientes para o processo de tomada de decisão (Ismail & Bader, 2004). Outro estímulo para essa mudança foi a possibilidade de uma assistência de melhor qualidade e menor custo, visto o acúmulo de conhecimento científico (Nainar, 1998).

Como características dessa abordagem, cabem ser mencionadas a necessidade de uma postura crítica dos profissionais de saúde em relação à literatura científica, além da importância de se manterem frequentemente atualizados. Outros aspectos também devem ser considerados:

- Experiência profissional;
- Sistematização das observações clínicas para produzir conhecimento relevante sobre diagnóstico, prognóstico e a eficácia de terapias;
- Estabelecimento de protocolos clínicos a partir não somente do entendimento dos mecanismos biológicos das doenças; e

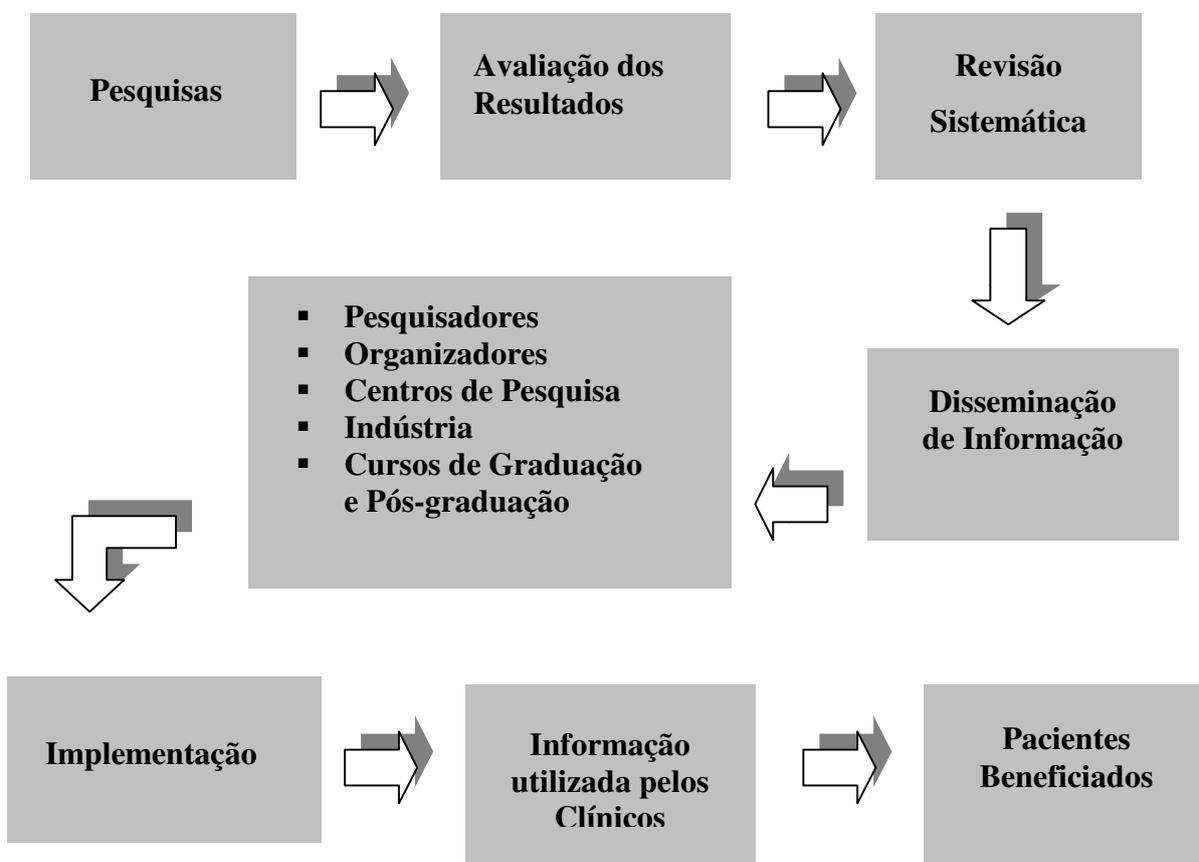
- Consultas frequentes na literatura primária para solucionar os problemas clínicos.

A prática baseada em evidência científica requer habilidades que não são tradicionalmente parte da formação profissional. Alguns passos, por exemplo, precisam ser respeitados (McCulloch, 1994):

- Definição de um problema em determinado paciente;
- Avaliar a informação disponível para a solução do problema;
- Conduzir uma eficiente revisão da literatura;
- Selecionar os melhores estudos;
- Avaliar a validade dos estudos;
- Estudar possíveis soluções clínicas e discutir com outros profissionais; e
- Aplicar o conhecimento científico no problema do paciente.

Em 2005, Pitts resumiu os elementos mais importantes da prática baseada em evidência científica (Figura 3.2).

**Figura 3.2 - Elementos mais importantes da prática baseada em evidência científica**



No campo da Odontologia, Ismail & Bader (2004) afirmam que a evidência científica, quando coletada e analisada sistematicamente, pode produzir informações úteis e atualizadas. De acordo com os autores, esse tipo de abordagem permite que os cirurgiões-dentistas utilizem a melhor evidência científica disponível. Entretanto, a utilização exclusiva de evidências científicas para a tomada de decisão clínica é insuficiente para garantir a qualidade da assistência odontológica, se também não forem levadas em consideração as preferências do paciente. Além disso, é importante que os profissionais de Odontologia definam questões de relevância clínica, para que, quando não houver evidência científica disponível, sejam conduzidas pesquisas com o intuito de discutir possíveis respostas.

Pitts (2005) também ressalta que a utilização isolada desse tipo de abordagem, sem considerar fatores relacionados ao paciente e à experiência clínica do profissional, é insuficiente para o planejamento do plano de tratamento e cuidado do paciente. O autor afirma ainda que, embora a busca pela melhor evidência científica seja trabalhosa e

exija recursos, atualmente já existem organizações e centros de pesquisa que publicam protocolos clínicos objetivos.

Como contribuições da utilização de evidências científicas na área odontológica, McCulloch (1994) cita como exemplo uma análise mais crítica da literatura disponível, o que influenciaria a prática clínica, e conseqüentemente, a qualidade da assistência. Outra contribuição seria a valorização de diretrizes e protocolos clínicos, o que acarretaria mudanças na educação e ensino odontológico. White (1998) ressalta ainda que a utilização desse tipo de abordagem permite a melhor distribuição dos recursos públicos limitados, facilita o processo de tomada de decisão, além de ser importante no planejamento de ações de saúde.

Segundo Portela (2004) a valorização da prática em saúde baseada em evidência científica serve como cenário para o desenvolvimento de diretrizes clínicas, que são importantes para a garantia da qualidade da atenção à saúde.

#### ***- Protocolos e diretrizes clínicas***

Diretrizes clínicas constituem-se em posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar profissionais e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas (IOM, 1990). De acordo com Portela (2004), a discussão em torno desse assunto originou-se da percepção de variações dos padrões de prática e utilização de serviços de saúde, e pela incerteza acerca dos cuidados obtidos pelo uso ou não de serviços e procedimentos.

A autora destaca cinco relevantes propósitos das diretrizes clínicas: orientar a tomada de decisão clínica por pacientes e médicos; educar indivíduos e grupos; avaliar e garantir a qualidade da assistência; orientar a alocação de recursos na assistência à saúde; e fornecer elementos de boa prática médica.

Dessa forma, observa-se o potencial da utilização de diretrizes clínicas na melhoria da qualidade da assistência à saúde, pois apresentam como base o conhecimento científico, estimativas de resultados esperados e julgamento profissional corrente. Como exemplos da aplicação de diretrizes clínicas na avaliação e garantia de qualidade dos cuidados de saúde, destacam-se a possibilidade de detecção de padrões de sub ou superutilização, assim como a melhoria da provisão técnica de cuidados. Além disso, ao incluir estimativas de riscos e benefícios esperados, as diretrizes clínicas

podem contribuir para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Cabe mencionar ainda a sua importância na determinação de prioridades para a melhoria e padronização de cuidados específicos (Portela, 2004).

No que concerne à aplicação de diretrizes clínicas na prática odontológica, Bader e Shugars (1995) afirmam que sua produção ainda é bastante lenta, embora muitas organizações e associações estejam interessadas nesse tipo de atividade. Dessa forma, existem poucos protocolos e diretrizes clínicas disponíveis para serem utilizados pelos cirurgiões-dentistas. Ainda de acordo com os autores, essas recomendações e posicionamentos são produzidos a partir de limitadas evidências científicas, em geral pelo consenso entre profissionais, o que compromete sua validade. Outra questão importante diz respeito às estratégias de disseminação dos protocolos e diretrizes clínicas, que ainda são insuficientes para que se alcancem mudanças nas condutas dos profissionais. Em geral, os artigos científicos são os principais meios de divulgação, mas sua publicação nem sempre é realizada em revistas de grande circulação, o que compromete a sua leitura por grande parte dos cirurgiões-dentistas. Os autores ressaltam ainda que pouco se sabe sobre o verdadeiro impacto dos protocolos e diretrizes clínicas na mudança de conduta dos profissionais de Odontologia.

Ainda de acordo com Bader e Shugars (1995) existem alguns atributos a ser considerados na elaboração dessas recomendações, que podem ser observados no Quadro 3.6.

### **Quadro 3.6 - Atributos para a elaboração de protocolos e diretrizes clínicas em Odontologia**

<p><b><i>Aplicabilidade Clínica</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Descrição da população alvo e critérios de exclusão</li><li>• Discussão sobre a complexidade dos problemas clínicos</li></ul>
<p><b><i>Flexibilidade Clínica</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Discussão acerca das preferências dos pacientes durante o desenvolvimento dos protocolos e tomadas de decisão</li><li>• Informação sobre exceções clínicas e não clínicas dos protocolos</li><li>• Confiabilidade/ Reprodutibilidade</li><li>• Origem da evidência científica</li></ul>
<p><b><i>Validade</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A força da evidência científica e consenso entre profissionais</li><li>• Benefícios e riscos esperados</li><li>• Custos em saúde</li><li>• Conflitos potenciais entre protocolos e diretrizes semelhantes</li></ul>
<p><b><i>Clareza</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Clareza na linguagem e termos utilizados</li><li>• Recomendações lógicas, compreensíveis e consistentes</li></ul>
<p><b><i>Programação para revisão</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisões dos protocolos tendo em vista novas evidências científicas ou consensos profissionais</li></ul>
<p><b><i>Processo multidisciplinar</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Participação de indivíduos integrados em disciplinas clínicas e metodológicas</li><li>• Observação de conflitos de interesse</li></ul>

No Canadá, pesquisadores do Setor de Pesquisa de Serviços de Odontologia Coletiva (Community Dental Health Services Research Unit) realizaram uma conferência em 1996 com o intuito de testar um modelo de desenvolvimento de protocolos e diretrizes clínicas na área odontológica, e identificaram as seguintes etapas (Leake et al, 1996):

1. Formulação da questão, com a definição do problema de forma clara. Nessa etapa, deve ser considerada a distribuição de serviços de saúde, as necessidades em saúde e resultados esperados;
2. Sistematização e revisão das evidências científicas disponíveis;
3. Desenvolvimento inicial de um relatório das evidências disponíveis, com base na literatura científica. Avaliação da força da evidência;
4. Nova revisão das evidências científicas disponíveis e sua divulgação para revisão por outros especialistas;
5. Desenvolvimento de diretrizes e protocolos clínicos baseados nas evidências científicas revisadas e sua publicação para comentários de outros especialistas e clínicos;
6. Revisão das diretrizes e protocolos baseada nos comentários e nova publicação;
7. Disseminação do protocolo e diretrizes clínicas;
8. Programação para revisão.

A respeito desse processo de desenvolvimento, é importante ressaltar que pesquisadores e professores universitários têm um papel fundamental, com destaque para a constante busca de evidências científicas de alta qualidade e a investigação da eficácia, efetividade e eficiência dos métodos utilizados para prevenir e tratar doenças. Além disso, possuem um papel importante também na interpretação (clínica e estatística) da evidência científica disponível, assim como na elaboração de manuais. Uma outra responsabilidade seria ensinar seus alunos sobre a importância da prática baseada em evidências científicas durante a carreira (Leake & Woodward, 1994).

Durante o desenvolvimento de protocolos e diretrizes, se faz necessária a participação dos cirurgiões-dentistas clínicos nesse processo no sentido de alcançar os resultados esperados. Além disso, os interesses dos pacientes também devem ser considerados.

### *- Gestão pela Qualidade Total*

Controle total da qualidade, gestão pela qualidade, busca da excelência pela qualidade, gestão estratégica pela qualidade são algumas denominações encontradas na literatura contemporânea para designar um tipo de administração orientada para satisfazer os clientes por meio de melhoria contínua. Embora existam diferenças nas práticas e técnicas utilizadas, pesquisas demonstram um conjunto de princípios comuns e interdependentes entre as diversas abordagens de qualidade, como o foco no cliente e a busca contínua de melhoria (Turchi, 1997).

De acordo com Rivera (1995) o controle da qualidade total é uma forma de gerenciamento global que, além do gerenciamento estratégico (a definição das grandes diretrizes) inclui, predominantemente, o gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. Seria, na verdade, um instrumento, a princípio empresarial, onde a qualidade fundamenta o lucro; entretanto, esforços têm sido feitos para a sua aplicação no setor público. O objetivo desse tipo de abordagem seria o atendimento das necessidades dos clientes, de forma eficiente e caracterizado por oferta de serviços em tempo hábil, no lugar certo e de forma segura (para clientes e funcionários).

Um dos princípios básicos dos diversos modelos de gestão da qualidade total seria a preocupação em atender as necessidades dos clientes, tendo em vista o pressuposto de que o sucesso e a sobrevivência de uma organização dependem da sua capacidade de satisfazer necessidades e expectativas de seus clientes (Turchi, 1997).

Outro princípio importante seria a percepção das organizações como uma série de processos e atividades interligadas, ou seja, a empresa é considerada um processo que contém vários processos. Entendem-se como processos quaisquer atividades de transformação de um conjunto de informações, ações, operações ou matérias-primas em produtos, informações e serviços. Dessa forma, cada processo de uma organização seria visto como uma cadeia de uma corrente constituída de clientes e fornecedores (Turchi, 1997).

Outro pilar comum aos modelos de gestão da qualidade total seria a busca constante de melhoria, ou seja, as empresas devem estar continuamente desenvolvendo novos produtos, melhorando processos e serviços e, portanto, inovando (Turchi, 1997).

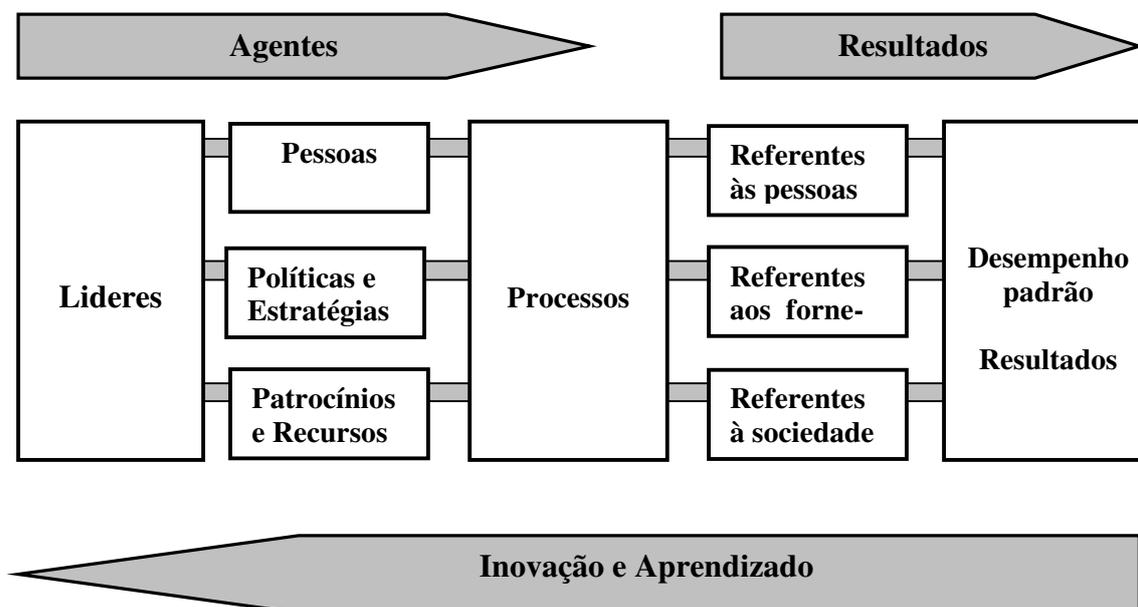
Existe, ainda, uma busca pelo envolvimento e comprometimento dos trabalhadores em atividades relacionadas com programas de qualidade, com o objetivo de detectar falhas, buscar soluções e propor mudanças nos processos, produtos e serviços (Turchi, 1997).

Outras características do gerenciamento da qualidade total são citadas por Rivera (1995), como a proposta de uma decomposição extensiva e uma rigorosa padronização dos processos de trabalho institucional. Além disso, esse tipo de gerenciamento manifesta um tipo de lógica que privilegia a normatização interna de situações produtivas de natureza mais estruturada. O autor afirma ainda que existe um arsenal bastante significativo de instrumentos que ajudam na definição de prioridades, explicação de problemas e avaliação e acompanhamento de resultados, o que caracterizaria um desenvolvimento metodológico expressivo.

Em síntese, Turchi (1997) afirma que o modelo de qualidade total não se constitui em um novo paradigma de gestão ou apenas um discurso ideológico. Para a autora, é melhor tratá-lo como um corpo teórico em formação, que agrega elementos de várias abordagens organizacionais.

Harris (2001) afirma que esse tipo de gerenciamento pode ser implementado também na prática odontológica, e destaca o modelo desenvolvido pela European Foundation of Quality Management (EFQM), que pode ser utilizado pela organização como forma de avaliar o seu desempenho (Figura 3.3). Esse modelo é dividido em duas seções: processos e resultados. Os processos estão relacionados com os mecanismos que a organização utiliza para alcançar os resultados esperados.

**Figura 4.3 – Modelo para a Gestão da Qualidade Total da European Foundation of Quality Management (EFQM)**



De acordo com o autor, os resultados esperados no lado direito da Figura 3.3 estão relacionados com aspectos organizacionais do lado esquerdo, o que caracterizaria a inter-relação entre os dois. Além disso, uma questão importante nesse modelo seria o conceito de “benchmarking”, que representa a comparação do desempenho da organização com outros valores e seria a base para o processo de aperfeiçoamento. Nesse caso, as comparações não devem estar restritas aos resultados, mas devem ser realizadas também com aspectos estruturais e processos. Entretanto, cabe mencionar a dificuldade de definição de padrões de qualidade em Odontologia.

Adelson (1997) afirma que o gerenciamento da qualidade total pode aprimorar diversos aspectos do atendimento em Odontologia, como diminuição nos gastos, economia de tempo e maior satisfação dos pacientes. Waterman (1998) também exemplifica outras vantagens, como em processos de tomadas de decisão e na comunicação entre a equipe de trabalho. O autor ressalta, entretanto, que existem poucas experiências de aplicação desse tipo de gerenciamento no campo da Odontologia. Chambers (1998) considera ainda que os benefícios advindos desse tipo de gestão são mais relevantes em hospitais do que em clínicas e consultórios. Além disso, nem sempre é possível satisfazer todas as necessidades e expectativas dos pacientes no que diz respeito à atenção em saúde.

### **- Formação profissional**

No que diz respeito à formação profissional vale ressaltar que em determinados países, como Estados Unidos e Canadá, a qualidade da prática odontológica é avaliada em três momentos da carreira de cirurgião-dentista: durante a faculdade, no início da prática clínica e após o recebimento da licença para o exercício da profissão, conforme mostra o Quadro 3.7.

**Quadro 3.7 – Garantia de qualidade em Odontologia (EUA e Canadá)**

<b>GARANTIA DE QUALIDADE EM ODONTOLOGIA (EUA e Canadá)</b>	
<b>Faculdade de Odontologia</b>	Critério de Admissão Padrões de ensino Credibilidade
<b>Início da Prática Clínica</b>	Conceituação da faculdade de Odontologia Exame nacional para estrangeiros Exame regional/estadual para estrangeiros Licença estadual
<b>Após receber Licença para exercício da profissão</b>	Princípios éticos Auto-regulação Revisão por pares ( <i>peer review</i> ) Satisfação do paciente Estabelecimento de protocolos para atendimento Banco de Dados nacionais Sistema Judiciário Exigência para renovação da Licença

Existem, portanto, determinados critérios e exigências que devem ser seguidos durante e após a formação profissional, com o intuito de garantir a qualidade da prática odontológica.

Algumas universidades americanas e canadenses adotam programas de garantia de qualidade (Quality Assurance) e gerenciamento de risco (Risk Management) com o objetivo de melhorar o cuidado ao paciente e atingir os padrões necessários para a

acreditação da instituição. Como os dois programas têm como finalidade principal a melhoria da qualidade da assistência em Odontologia, Fredekind et al (2002) afirmam que a integração entre eles permite que a instituição desenvolva um programa mais efetivo. Dessa forma, os autores realizaram um estudo com o objetivo de obter informações sobre o desenvolvimento desses programas.

Todas as 65 universidades existentes nos dois países foram incluídas no inquérito, sendo enviado um questionário de 29 questões sobre a experiência dessas instituições com os programas de qualidade e gerenciamento de risco. Houve adesão de 46 cursos (71%). Como resultado, observou-se que grande parte das faculdades (83%) apresentava um programa de garantia de qualidade, e aquelas que não possuíam afirmaram que pretendiam implantá-lo no período dos 18 meses seguintes. Também foram mencionadas as mudanças ocorridas no curso devido à incorporação desse programa, destacando-se: alterações na administração, no agendamento dos pacientes, controle de infecção, e no estabelecimento de protocolos. Em relação ao programa de gerenciamento de risco, houve adesão de 76% dos cursos, sendo que 65% integravam os dois modelos. Como conclusão, os autores enfatizaram a importância da troca de informação entre as instituições, com o objetivo de discutir os diferentes métodos de avaliação que são utilizados, o que pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade do cuidado em Odontologia.

### **Qualidade da assistência odontológica no Brasil**

No Brasil, existem poucos estudos sobre avaliação da qualidade dos serviços em Odontologia, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos autores pioneiros sobre o assunto no país foi Chaves (1977), que apontou três abordagens principais para a avaliação qualitativa em Odontologia: análise de registros clínicos (auditoria odontológica), observação de um profissional odontológico por um colega bem qualificado e estudos de comportamento e opiniões. Ressaltou, entretanto, a dificuldade de avaliar os registros clínicos odontológicos, nem sempre fidedignos, destacando, ainda, que analistas do setor odontológico partem, comumente, de um pressuposto falho, o de que os níveis de saúde oral dependem, exclusivamente, da quantidade e qualidade de serviços odontológicos. Segundo o autor, entretanto, uma abordagem sistêmica indica que os níveis de saúde bucal resultam da

ação combinada de quatro categorias de variáveis independentes: hereditariedade, ambiente, comportamento e serviços odontológicos.

Em 1989, Viana propôs a avaliação da qualidade dos serviços odontológicos públicos prestados a escolares em Minas Gerais, com ênfase na contribuição das condições de execução dos procedimentos odontológicos na efetividade dos tratamentos oferecidos pelos serviços públicos. O objetivo do trabalho era propor um instrumento que permitisse avaliar a qualidade do atendimento odontológico, tendo como referência a melhoria dos níveis de saúde oral dos escolares atendidos no sistema incremental da cidade de Belo Horizonte. Com esse intuito, foi realizada uma pesquisa de campo para detectar variáveis que podiam interferir na qualidade do atendimento, sendo proposto, em seguida, um novo método de avaliação para as atividades de atenção odontológica passível de ser aplicado no setor público. Para o levantamento das variáveis com potencial de interferir na qualidade da assistência odontológica, foram elaborados quatro instrumentos de coleta de dados, abordando aspectos relacionados aos pacientes, profissionais, pessoal auxiliar e escolas. As principais variáveis avaliadas foram: situação dos dentes permanentes e decíduos dos alunos, nível sócio-econômico dos escolares, faixa-etária atendida, procedimentos odontológicos mais frequentemente realizados, duração média do tratamento, composição da equipe odontológica e dificuldades encontradas pela equipe para a realização do atendimento. Como resultados, foram detectados problemas referentes à cobertura, adequação, resolutividade e equidade dos cuidados prestados. Observou-se, ainda, a impossibilidade de formulação de um instrumento único, que contemplasse, ao mesmo tempo, expectativas e opiniões dos grupos envolvidos no atendimento escolar, processos utilizados para a solução do problema cárie dentária e resultados do programa. Concluiu-se, portanto, que dois componentes são fundamentais para a qualidade da assistência odontológica em escolares de Belo Horizonte: a extensão da cobertura e o planejamento local. Dessa forma, os critérios e instrumentos básicos para a avaliação, bem como as atividades de suporte à implantação e execução do processo deveriam ser baseados nesses dois componentes.

Em 1991, Rosa et al discutiram as características dos programas odontológicos em desenvolvimento no sistema local de saúde de São José dos Campos, no período de 1979 a 1991, com o intuito de avaliar a assistência odontológica do município. Dessa forma, os autores buscaram abordar aspectos importantes dos programas de saúde bucal, e, assim, contribuir para a organização da assistência odontológica em sistemas locais

de saúde. Cabe mencionar que nesse município a avaliação qualitativa permanente dos serviços de saúde era considerada de suma importância e, nesse sentido, a cada três anos eram realizados levantamentos epidemiológicos de cárie dental, e, anualmente, era realizado um levantamento das necessidades de tratamento. De acordo com os autores, esses levantamentos produziam dados indispensáveis para o gerenciamento das atividades, possibilitando avaliar o efeito dos programas no quadro epidemiológico da população e direcionar adequadamente os recursos. Mais importante do que medir a produção dos programas, era aferir sua efetividade através de indicadores epidemiológicos. Isso significava orientar o trabalho no sentido de redução da doença, o expandindo a cobertura e diminuindo os custos operacionais.

Matos et al (2002) também buscaram avaliar os serviços odontológicos públicos na Cidade de Bambuí, Minas Gerais, com o intuito de compará-los com serviços privados e de sindicato. Considerou-se o princípio de que um dos objetivos do serviço público é reduzir os efeitos da desigualdade social sobre a saúde bucal, e foi investigado se essas desigualdades estavam presentes entre os usuários dos três tipos de serviço. A pesquisa foi realizada a partir de um estudo epidemiológico de base populacional, e as informações foram obtidas por meio de entrevista estruturada realizada no domicílio do participante. Foram consideradas como variáveis dependentes: satisfação com a aparência dos dentes, satisfação com a capacidade de mastigação, percepção da necessidade atual de tratamento dentário, presença de dor de dente no último mês antes da visita ao dentista, e tipo de tratamento recebido na última visita. Como variáveis explicativas foram consideradas: tipo de serviço odontológico utilizado na última visita ao dentista (público, sindicato, privado), sexo, faixa etária, escolaridade e renda familiar. Entre os participantes, 87,3% foram atendidos pelos serviços odontológicos privados; 8,9% pelo serviço público; e 3,8% pelo serviço odontológico do sindicato de produtores rurais. Os resultados mostraram que aqueles que utilizaram serviços privados estavam mais satisfeitos com a aparência dos dentes, com a capacidade de mastigação e relataram perceber menor necessidade de tratamento dentário em comparação com os usuários do serviço público. Os usuários do serviço do sindicato também relataram maior satisfação com a aparência dos dentes, maior satisfação com a capacidade de mastigação e menor necessidade de tratamento dentário que os usuários do serviço público. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três tipos de serviços estudados com referência à presença de dor de dente. De maneira geral, os usuários de serviços públicos estavam em grande desvantagem em relação aos atendidos nos

serviços privados e ligeiramente em desvantagem em relação aos usuários do serviço do sindicato.

Em 2002, Juhas destacou a necessidade da elaboração de critérios que permitissem a avaliação da qualidade dos serviços em saúde bucal fundamentada em evidências. Para essa finalidade, foram analisadas, com base em levantamentos de trabalhos na literatura, as atividades de auditoria em serviços de assistência odontológica em operadoras de planos privados, evidenciando-se a importância do monitoramento da qualidade em saúde, as ações de qualidade utilizadas, e como essas se relacionam com a melhoria do sistema de atenção ao paciente. Dessa forma, a autora propôs a elaboração de um modelo de avaliação para serviços odontológicos, fundamentado no acompanhamento de indicadores quantitativos e qualitativos da estrutura, do processo e dos resultados da organização. A utilização de indicadores mostrou-se viável, fornecendo o diagnóstico da instituição e permitindo o contínuo aprimoramento de processos. Foi ressaltado, entretanto, que esses parâmetros de avaliação poderiam ser utilizados para serviços públicos, mas que seriam necessárias maiores discussões sobre o assunto, visto que esse estudo não englobou particularidades do atendimento público.

Outro estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento odontológico foi elaborado por Held Filho (2003), que buscou investigar, no âmbito do planejamento e da avaliação das programações em saúde, uma forma simples e válida de coletar a opinião dos pacientes sobre a qualidade do processo de atendimento odontológico, com o intuito de contribuir para a sua melhoria. Foram entrevistados 135 pacientes provenientes do Setor de Ambulatórios da Clínica de Odontologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), por meio de um questionário que continha perguntas sobre características pessoais, satisfação com o tratamento e sugestões para a melhoria do serviço. Os questionários buscavam ainda avaliar a opinião dos usuários em relação às várias fases do processo de atendimento: acesso, recepção, espera, atendimento profissional e retorno ou alta. Verificou-se que a metodologia empregada alcançou os objetivos esperados, colhendo informações importantes para direcionar e avaliar o serviço em direção à necessidade de seus clientes.

Pereira et al (2003) destacam a utilização de entrevistas com profissionais de saúde bucal, assim com a observação não participante em Unidades de Saúde, como

abordagens importantes para compreensão das práticas odontológicas na rede básica municipal. De acordo com os autores, é possível desvendar os conteúdos manifestos e latentes dos discursos dos entrevistados, além de possibilitar responder a questões sociais, a partir do melhor entendimento dos seres humanos e de suas relações intra-subjetivas. Com o objetivo de descrever e analisar a prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana (Bahia), os autores realizaram pesquisa qualitativa do tipo descritiva exploratória, destacando o processo de municipalização. A partir de entrevistas com cirurgiões-dentistas e observação não participante em três Unidades Básicas, foi observado que a assistência pública em Odontologia no município era baseada em atividades curativas, individuais, tecnicistas, autônomas e mutiladoras, demonstrando pouco avanço na prevenção e promoção de saúde. Havia ainda grande ênfase na quantidade de procedimentos, o que repercutia na qualidade do atendimento. Como conclusão, os autores apontam para a necessidade de reconstrução da prática odontológica no município, no sentido dos objetivos preconizados pelo SUS serem atingidos.

Para Vicelli (1996) existem inúmeros fatores que influenciam a linha de cuidado dentro do Sistema Único de Saúde, especialmente em relação à atenção odontológica. A autora discute questões relevantes para a provisão de qualidade na assistência aos usuários. Primeiramente, aborda a importância da discussão sobre captação da demanda, de forma a incorporar atividades de promoção de saúde e prevenção. A autora também discute a importância de fortalecer a Educação em Saúde, com o intuito de capacitar o indivíduo para a crítica e possibilitar uma nova relação profissional/paciente. Indica, ainda, a necessidade de que sejam criados mecanismos que favoreçam o aparecimento de agentes multiplicadores de informações em saúde, no sentido de ampliar a cobertura das ações. A participação popular também é vista como essencial, assim como a viabilização de fóruns de debate para o delineamento do papel da equipe de saúde bucal. Adicionalmente, Vicelli (1996) aponta a importância da utilização de indicadores de saúde, com vistas à recondução do processo de trabalho a partir da análise de informações, e destaca o papel da vigilância epidemiológica na organização do cuidado em saúde. Por fim, a autora discute a importância de reformular os currículos de formação universitária para possibilitar maior aprofundamento de questões relativas ao processo de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Como experiência de incentivo à qualidade em Odontologia no SUS, há o caso do município de Curitiba, que, no ano de 1995, implantou um programa com o objetivo

de avaliar os serviços de saúde, assim como buscar melhor eficácia gerencial. Essa iniciativa foi direcionada a todas as Unidades Básicas de Saúde, e a cada trimestre era realizada uma avaliação dos dados. Em relação aos serviços odontológicos, a avaliação foi realizada com base no Plano Municipal de Saúde, abordando questões relativas à realização de atividades coletivas intra ou extra-clínica, à existência de recursos humanos com experiência em Saúde Coletiva, à existência de levantamentos epidemiológicos da cárie dentária e doença periodontal e à existência de pronto-atendimento e mecanismos de organização de fluxo de pacientes (Camargo et al, 1996)

Zanetti et al (1996) afirmam que para expandir a cobertura com resolutividade dentro do Sistema Único de Saúde, é necessário desenvolver ações equânimes, com possibilidades universalizantes, e estratégias preventivo-promocionais capazes de ganhar o espaço extra-clínico. Os autores acreditam que, para a provisão de qualidade em Odontologia no sistema público, torna-se necessário que as ações não sejam mais recortadas em programas isolados.

Cabe, então, apontar o princípio da integralidade na assistência à saúde, que, segundo a lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), é *“pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos , exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (Brasil, 1990).

Para Mattos (2001) não existe uma definição rigorosa e universalmente aceita sobre Integralidade, mas é sabido que, no contexto da luta do movimento sanitário, o termo expressa o ideal de uma sociedade mais justa e igualitária. De acordo com Moysés (2005) a Integralidade tem grande utilidade para guiar a ação no enfrentamento de uma realidade presente não satisfatória, particularmente no atendimento das necessidades de saúde das pessoas. É preciso, portanto, que o sistema de saúde, assim como, as políticas sociais e econômicas, desenvolvam ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença. Além disso, Botazzo (2005) afirma, em relação ao campo de saúde bucal, que é preciso, seja numa perspectiva epistemológica, seja na organização do trabalho em saúde e das práticas nos serviços, buscar a integralidade, a universalidade e a equidade, pois a Odontologia ainda tem um caráter bastante restritivo dentro do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Narvai (2005) não basta operar somente na área da assistência, ou seja, na realização de ações individuais e coletivas intra-setor saúde. É preciso

realizar esforços não somente no âmbito da rede de serviços de saúde, mas atuar mais amplamente. Assim, as ações articuladas, desenvolvidas concomitantemente em todos os setores, produzem saúde, e não doença, no processo cotidiano de produção de bens e serviços e no conjunto da sociedade. De acordo com o autor, a integralidade deve ser uma qualidade inerente à atenção e não algo à parte, uma característica que a assistência deve ter para ser adequada.

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira e ampliar o atendimento foi criado o Programa Brasil Sorridente (2004), política nacional do governo federal. É importante mencionar que a qualidade da assistência odontológica é destacada nesse Programa, que tem entre as suas principais diretrizes a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo. O Programa reconhece a necessidade dos serviços de saúde em construir, com os usuários, a resposta possível às suas angústias, dores, problemas e aflições, de modo que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

## 4. CONHECENDO O OBJETO

### **Características da Assistência Ambulatorial de Odontologia nas Unidades Básicas da Cidade do Rio de Janeiro**

No ano de 1991 foi elaborado o **Projeto Riso do Rio**, com o intuito de traçar um diagnóstico dos serviços de Odontologia do município do Rio de Janeiro e realizar mudanças necessárias para o seu adequado funcionamento. Os resultados desse diagnóstico demonstraram a necessidade de um planejamento que garantisse a atuação integrada dos serviços, assim como o estabelecimento de uma política de saúde bucal.

No ano seguinte, durante o Encontro Municipal de Saúde Bucal, foi proposta a reorientação da Odontologia no município do Rio de Janeiro, a partir de dois critérios: regionalização e hierarquização. Dessa forma, os serviços seriam organizados numa rede de acordo com o grau de complexidade tecnológica, área geográfica e população a ser coberta (SMS-RJ, Riso do Rio, 2000).

A Coordenação de Saúde Bucal, na gestão 1991-2000, buscou definir um novo modelo assistencial que pudesse garantir aos usuários um atendimento digno e de qualidade. A construção desse modelo assistencial baseava-se na melhoria da infraestrutura, capacitação dos recursos humanos e estruturação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços (SMS/RJ Riso do Rio, 2000).

As características da política de saúde bucal neste período foram: a priorização do atendimento para crianças e gestantes, concentrando atendimento para adultos em apenas uma unidade por área de planejamento; e a ausência de uma rede de média complexidade. É importante mencionar ainda a ausência de um programa para a comunidade escolar. A ênfase parece ter sido na estruturação da rede de atenção básica.

Ao assumir a gestão em 2001, a atual Coordenação fez uma avaliação da rede de atenção em saúde bucal, onde se verificou a existência de uma rede de atenção básica estruturada (nos aspectos de infra-estrutura, normatização do funcionamento e protocolos de atendimento) e volume de produção dentro do esperado, considerando o número de profissionais lotados. Além disso, foi constatada a necessidade de integração

da saúde bucal aos outros programas da Secretaria, com o objetivo de realizar um trabalho interdisciplinar.

Dessa forma, a rede de atenção básica foi estruturada em quatro vertentes organizativas: sistema de atenção integral ambulatorial, Programa Dentescola, atenção de urgência e emergência e equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia de Saúde da Família, denominada “Saúde Onde Você Mora”.

#### **- Sistema de atenção Integral ambulatorial**

O atendimento ambulatorial está organizado segundo filosofia e protocolos do **Programa “Carioca Rindo à Toa”**, que preconiza o atendimento a todas as faixas etárias, e inclui: *atenção básica, atenção interprogramática e média complexidade*. Em relação à *atenção básica*, as principais ações desenvolvidas nesse programa foram a ampliação da cobertura do atendimento (inclusão de adultos, adolescentes e idosos) e a estruturação das unidades de saúde para funcionamento aos sábados e em terceiro turno, buscando, dessa forma, a universalização do acesso. Além disso, o aumento expressivo do quadro de profissionais (cirurgiões-dentistas) possibilitou a ampliação da capacidade de atendimento.

A *atenção interprogramática* consiste em um conjunto de ações de aproximação e incorporação da Odontologia às demais áreas da saúde, numa perspectiva de promoção, prevenção e cuidado, colaborando para a integralidade da atenção. Dessa forma, o dentista participa junto com outros profissionais de saúde dos grupos de educação em saúde, formando grupos de acolhimento. Nesses grupos são realizadas atividades educativas, entrega de kits odontológicos, escovação supervisionada e triagem inteligente.

Os serviços de *média complexidade* são organizados em Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que foram implementados no ano de 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em parceria com o Ministério da Saúde por meio do programa do Governo Federal Brasil Sorridente. O objetivo foi ampliar o atendimento especializado em Odontologia e atender à necessidade da população usuária do SUS no que diz respeito ao diagnóstico bucal (detecção e tratamento de lesões e câncer bucal), periodontia, cirurgias de média complexidade, endodontia e prótese.

### ***- Programa de Saúde e Cidadania Dentescola***

O objetivo desse programa é implementar atividades de promoção de saúde nos espaços de formação (creches e escolas), integradas ao projeto político pedagógico local, e promover a saúde bucal numa perspectiva integral. Dentre as principais ações desse programa, é importante mencionar a formação de agentes multiplicadores, criação de espaços facilitadores para incorporação de hábitos de higiene, levantamento epidemiológico da condição dental, com encaminhamento das necessidades bucais imediatas para a Unidade de Saúde de referência e aplicação tópica de flúor em todos os escolares sob controle do cirurgião-dentista. Destaca-se, ainda, a realização do tratamento restaurador atraumático (TRA) nos escolares, possibilitando a melhora da condição bucal e diminuição da demanda para as Unidades.

### ***- Programa Saúde da Família***

As ações são pautadas na abordagem integrada da saúde bucal e sistêmica, com grande ênfase nas ações de educação, promoção e prevenção. A organização da demanda tem com base a avaliação do risco bio-psico-social de cada família, e os atendimentos clínicos são realizados no módulo e na própria comunidade (através do uso da Técnica Restauradora Atraumática).

### **O uso de indicadores de saúde bucal no município**

No ano de 2003 foram criados diversos indicadores referentes à atenção clínica, à promoção de saúde, ao atendimento no leito e ao programa Dentescola, com o objetivo de monitorar e avaliar as ações em saúde bucal no município.

### **A rede atual de atendimento em Odontologia**

A SMS-RJ dividiu o território municipal em dez áreas de planejamento (AP). Atualmente, os serviços odontológicos estão estruturados com 1187 cirurgiões-dentistas, 125 técnicos de higiene dental e 74 auxiliares de consultório dentário, distribuídos em 352 clínicas. Essas clínicas são localizadas em:

- Hospitais e Institutos
- Centros Municipais de Saúde (CMS)

- Posto de Assistência Médica (PAM)
- Unidades Integradas de Saúde (UIS)
- Postos de Saúde (PS)
- CIEPS
- Equipes do Programa Saúde da Família (PSF)

Em decorrência dos objetivos definidos, são consideradas, neste estudo, somente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que compreendem os CMS, PAM e P.S.

## 5. MÉTODOS

Neste capítulo são apresentados os métodos que foram utilizados para a realização desse estudo, de acordo com as seguintes seções: (1) desenho do estudo; (2) universo dos pacientes considerados; (3) seleção da amostra; (4) pressupostos para avaliação da qualidade; (5) obtenção de dados; (6) análise dos dados; (7) limites da pesquisa; e (8) considerações éticas.

### **Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa que levantou informações dos chefes dos serviços de Odontologia das Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais da Cidade do Rio de Janeiro, de cirurgiões-dentistas que trabalham no atendimento odontológico dos pacientes e de prontuários de pacientes que receberam assistência odontológica nessas unidades. Diante do prazo para a execução do estudo e o tamanho da população a ser investigada, foi necessária a seleção de uma amostra probabilística de UBS. Nas UBS selecionadas, foram selecionados cirurgiões-dentistas para entrevista e pacientes sobre os quais foram levantadas informações em seus prontuários. A amostra de UBS e de pacientes foi selecionada a partir do SIGAB (Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica), enquanto as de cirurgiões-dentistas foi feita com base na lista de profissionais que atuavam em atendimento nas UBS selecionadas.

### **Universo dos pacientes considerados**

Optou-se por avaliar somente os serviços de Odontologia de Unidades Básicas de Saúde (UBS), excluindo-se Hospitais, Institutos e Unidades Integradas de Saúde (UIS). Também não foi objeto desse estudo o Programa Saúde da Família. Dessa forma, foram consideradas somente UBS classificadas como Posto de Saúde (PS), Posto de Assistência Médica (PAM) e Centro Municipal de Saúde (CMS).

Para definição da população a ser amostrada foi utilizado um cadastro de pacientes construído a partir de informações referentes ao ano de 2005 obtidas no SIGAB. Dessa forma, foram incluídos no cadastro somente aqueles pacientes que receberam assistência odontológica em Unidades Básicas de Saúde e tiveram o seu

tratamento finalizado (alta) no primeiro semestre de 2005. Foram consideradas todas as faixas etárias e a inclusão de pacientes tanto do sexo feminino como masculino.

### **Seleção da amostra**

Considerando as diferenças socioeconômicas entre as Áreas Programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro e o interesse em representar todo o município, a amostra foi estratificada por AP. Considerando, também, o prazo para execução da pesquisa de campo, o tamanho da amostra foi fixado em 20 UBS e sua alocação por estrato foi proporcional ao volume de produção das UBS de cada AP, calculado em função do número de dentistas que trabalhavam em atividades clínicas nas UBS da AP. Para assegurar um mínimo de duas UBS por estrato, o tamanho calculado da amostra de cada AP foi ajustado, como indicado na Tabela 5.1, resultando em uma amostra de 23 UBS.

Definido o tamanho da amostra de cada AP, as UBS foram selecionadas com probabilidade proporcional ao número de dentistas que trabalhavam em atividades clínicas, usada como *proxy* do volume de atendimento. Usando o método de seleção sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho, foram selecionadas as 23 UBS que constam do Anexo I.

Apesar de a amostra ser definida pelo número de dentistas, as estimativas para outras variáveis apresentam erros relativos baixos quando comparados com os dados do cadastro, como indicado na Tabela 5.2.

Nas 23 UBS selecionadas para a amostra existiam 57 consultórios, 134 dentistas, dos quais 101 trabalhavam em atividades clínicas, 22 em atividades programáticas e 11 eram chefes de setor de Odontologia.

Em cada UBS selecionada foi entrevistado(a) o(a) chefe do Setor de Odontologia, e foram incluídos ainda dois tipos de unidades de informação como segundo estágio de seleção da amostra: (1) os dentistas que atuavam na clínica odontológica e (2) os prontuários dos pacientes que terminaram o tratamento nos últimos seis meses, a contar da data de início de pesquisa em cada UBS.

**Tabela 5.1 – Número de unidades básicas de saúde, de dentistas que trabalham em clínica e tamanho calculado e ajustado da amostra de UBS, segundo as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro**

AP	Número de UBS	Número de dentistas em clínica	Tamanho da amostra de UBS	
			Calculado	Ajustado
1.0	5	26	1,84	2
2.1	6	24	1,70	2
2.2	4	20	1,42	2
3.1	6	27	1,91	2
3.2	6	28	1,99	2
3.3	7	28	1,99	2
4.0	3	12	0,85	2
5.1	10	45	3,19	3
5.2	11	36	2,55	3
5.3	10	36	2,55	3
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>282</b>	<b>20,00</b>	<b>23</b>

**Tabela 5.2 – Avaliação do erro relativo da amostra de UBS**

Variável	Dados do cadastro	Estimativas	Erro relativo (%)
Número de dentistas na clínica	282	282,0	0,00
Total de dentistas	384	374,8	-2,41
Número de dias de atendimento	342	356,7	4,29
Número de turnos de atendimento	137	141,7	3,41

Em relação à amostra de dentistas que atuavam em clínica odontológica, partiu-se de um tamanho inicial de 50 dentistas, que foi alocado entre as UBS de forma proporcional ao número de dentistas atuantes na clínica. Após arredondar para a unidade superior e ajustar para garantir pelo menos dois dentistas por UBS, o tamanho da amostra ficou em 59 dentistas (Tabela 5.3). A seleção dos dentistas foi feita de forma equiprovável em cada UBS, a partir da relação de profissionais elegíveis, usando o

algoritmo de Hájek (1960), que consiste em associar um número aleatório a cada dentista e selecionar os que receberam os menores números aleatórios.

Para a seleção da amostra de prontuários foi elaborado um cadastro de pacientes tendo por base as informações contidas no SIGAB. A conclusão do tratamento odontológico (alta) no primeiro semestre de 2005 foi utilizada como critério de inclusão dos pacientes de Unidades Básicas de Saúde no cadastro. Por um lado, este critério exclui os prontuários dos pacientes ainda em tratamento odontológico e os dos que o abandonaram, o que não recomenda a produção de estimativas das variáveis demográficas da população de pacientes atendidos nas UBS municipais, visto que limita todas as inferências do estudo à população de pacientes das UBS municipais que concluíram seu tratamento odontológico.

Por outro lado, este critério torna mais precisa a estimativa da probabilidade de duração do tratamento em função de variáveis do paciente e da UBS, obtida pela técnica de análise de sobrevivência, descrita mais adiante. Na realidade, o motivo do abandono não consta do prontuário do paciente, assim como não se sabe se ele voltará para marcar outra consulta, o que obrigaria a considerá-lo como um paciente ainda em tratamento, impondo uma censura à direita no método de análise de sobrevivência. Assim, optou-se por limitar o estudo aos pacientes com tratamento concluído.

Considerando que o esforço individual para a coleta de dados dos prontuários permitia a realização do levantamento em cerca de 300 prontuários, optou-se por uma alocação igual do tamanho da amostra de prontuários nas 23 UBS selecionadas, resultando em 13 prontuários por UBS. A escolha da alocação igual foi tomada para assegurar a mesma margem de erro em todas as UBS. A seleção dos prontuários foi feita por meio do algoritmo de Hájek (1960) e o tamanho da amostra por AP consta da Tabela 5.3.

Cabe observar que a seleção de prontuários e não de pacientes implicou perder a dimensão de satisfação dos usuários com o atendimento nas Unidades de Saúde, cuja importância é ressaltada por muitos estudos. Todavia, uma pesquisa de usuários apresenta problemas de ordem operacional que impossibilitaram sua execução no prazo previsto, sem falar no aumento considerável do custo de coleta. Dentre os problemas operacionais, a falta de atualização dos endereços constantes nos prontuários e a não

garantia de que os usuários de uma UBS fossem residentes em sua área de atuação foram os que mais pesaram na decisão de não incluir a dimensão da satisfação.

**Tabela 5.3 – Número de cirurgiões-dentistas e de prontuários na população, segundo as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro**

AP	Número de cirurgiões dentistas atuando na clínica		Número de prontuários com tratamento concluído	
	Nas UBS selecionadas	Na amostra	Nas UBS selecionadas	Na amostra
1.0	11	6	1.400	26
2.1	9	5	1.134	26
2.2	11	6	2.001	26
3.1	7	4	1.078	26
3.2	10	6	535	26
3.3	7	5	950	26
4.0	9	5	826	26
5.1	15	9	1.210	39
5.2	11	7	1.927	39
5.3	11	6	3.169	39
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>59</b>	<b>14.230</b>	<b>299</b>

### Coleta de dados

Foram visitadas 23 UBS municipais da cidade do Rio de Janeiro no período de agosto a dezembro de 2005. Em cada UBS foi entrevistada a Chefia de Odontologia (quando CMS ou PAM), e nos casos em que o serviço não dispunha de Chefia, foi solicitado à Direção da Unidade que indicasse um profissional. Nesses casos, foram entrevistados cirurgiões-dentistas ou Coordenadores de Programas da Unidade (Tabela 5.4).

Em cada uma das 23 UBS selecionadas, foi previsto o levantamento das informações constantes nos 13 prontuários selecionados. No entanto, em alguns casos não foi possível alcançar esse objetivo, tendo em vista que os prontuários não foram encontrados no arquivo da Unidade e alguns representavam serviços de pronto-

atendimento (SPA), o que impossibilitou a obtenção de informações desejadas. Além disso, em uma UBS o prontuário não era único, o que dificultou, mas não impossibilitou a obtenção de informações. Do total de 299 prontuários selecionados, obteve-se os dados de 266 prontuários, como indicado na Tabela 5.4.

Dos 59 cirurgiões-dentistas selecionados nas 23 UBS da amostra, só foi possível realizar a entrevista com 53 deles, em função de férias e outros tipos de afastamentos dos profissionais (Tabela 5.4).

Em relação aos indicadores das UBS selecionadas, não houve problemas em sua obtenção junto à Coordenação de Saúde Bucal do município.

**Tabela 5.4 – Tamanhos da amostra selecionada e da amostra efetiva, segundo as unidades de informação**

<b>Unidade de informação</b>	<b>Amostra selecionada</b>	<b>Amostra realizada</b>
<b>UBS</b>	23	23
<b>Chefia de serviço</b>	23	23
<b>Cirurgiões-dentistas</b>	59	53
<b>Prontuários</b>	299	266

### **Expansão das amostras**

O cálculo dos fatores de expansão (ou pesos amostrais) foi feito com base nas probabilidades de inclusão na amostra, sendo os fatores calculados pelo produto dos inversos das probabilidades de inclusão nos diferentes estágios de seleção. Para os dados de UBS, o peso amostral usado corresponde ao inverso da probabilidade de inclusão da UBS na amostra (Quadro 5.1). Para dados dos dentistas, o peso amostral usado é igual ao inverso das probabilidades de inclusão da UBS e do seu dentista na amostra (Quadro 5.1). Por fim, o peso amostral a ser usado para os dados dos prontuários corresponde ao inverso da probabilidade de inclusão da UBS e do prontuário na amostra (Quadro 5.2).

### Quadro 5.1 – Esquema probabilístico de seleção da amostra de cirurgiões-dentistas

Representando por  $h$  o índice do estrato (no caso, a AP), por  $i$  o índice da unidade básica de saúde (UBS) e por  $j$  o índice do cirurgião-dentista, a probabilidade de inclusão na amostra de um dentista qualquer é igual ao produto das probabilidades de inclusão da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representada por  $P(\text{UBS}_{hi})$ , e do dentista  $j$  da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representada por  $P(D_{hij}/\text{UBS}_{hi})$ . Essas probabilidades constam das expressões abaixo:

$$(1) \quad P(\text{UBS}_{hi}) = \frac{n_h \times \text{ND}_{hi}}{\text{ND}_h};$$

$$(2) \quad P(D_{hij}/\text{UBS}_{hi}) = \frac{n_{hi}}{\text{ND}_{hi}}; \text{ onde,}$$

$n_h$  é o tamanho da amostra de UBS do estrato  $h$ , indicado na última coluna da Tabela 5.1;

$\text{ND}_{hi}$  é a medida de tamanho associada à unidade básica de saúde (UBS)  $i$  do estrato  $h$ , ou seja, seu número de dentistas que atuam na clínica;

$\text{ND}_h$  é o número total de dentistas atuando em clínica no estrato  $h$ , ou seja,

$$\text{ND}_h = \sum_{i=1}^{N_h} \text{ND}_{hi}, \text{ onde } N_h \text{ é o número de UBS do estrato } h; \text{ e}$$

$n_{hi}$  é o tamanho da amostra de dentistas da UBS  $i$  do estrato  $h$ .

Neste sentido, a probabilidade de inclusão de um dentista qualquer, representada por  $P(D_{hij})$ , é dada pela expressão (3):

$$(3) \quad P(D_{hij}) = \frac{n_h \times \text{ND}_{hi}}{\text{ND}_h} \times \frac{n_{hi}}{\text{ND}_{hi}} = \frac{n_h \times n_{hi}}{\text{ND}_h}.$$

O peso amostral (ou fator de expansão) da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representado por  $W_{hi}$ , é dado pelo inverso de sua probabilidade de inclusão, como indicado em (4), enquanto o peso amostral do dentista  $j$  da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representado por  $W_{hij}$ , é dado pelo inverso de sua probabilidade de inclusão, conforme expressão em (5).

$$(4) \quad W_{hi} = \frac{\text{ND}_h}{n_h \times \text{ND}_{hi}}.$$

$$(5) \quad W_{hij} = \frac{\text{ND}_h}{n_h \times n_{hi}}.$$

## Quadro 5.2 – Esquema probabilístico de seleção da amostra de prontuários

Representando por  $h$  o índice do estrato (no caso, a AP), por  $i$  o índice da unidade básica de saúde (UBS) e por  $j$  o índice do prontuário, a probabilidade de inclusão na amostra de um prontuário qualquer é igual ao produto das probabilidades de inclusão da UBS  $i$  do estrato  $h$ , dada pela expressão (1) da figura 5.1, e do prontuário  $j$  da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representada por  $P(F_{hij} / UBS_{hi})$  e indicada na expressão (6):

$$(6) \quad P(F_{hij} / UBS_{hi}) = \frac{nf_{hi}}{NF_{hi}}; \text{ onde,}$$

$nf_{hi}$  é o tamanho da amostra de prontuários da UBS  $i$  do estrato  $h$ , fixado em 13 prontuários por UBS; e

$NF_{hi}$  é o número de prontuários na UBS  $i$  do estrato  $h$ .

Neste sentido, a probabilidade de inclusão de um prontuário qualquer, representada por  $P(D_{hij})$ , é dada pela expressão (7):

$$(7) \quad P(D_{hij}) = \frac{n_h \times ND_{hi}}{ND_h} \times \frac{nf_{hi}}{NF_{hi}}.$$

O peso amostral (ou fator de expansão) da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representado por  $W_{hi}$ , não se altera, sendo o dado na expressão (4) da Figura 5.1, enquanto o peso amostral do prontuário  $j$  da UBS  $i$  do estrato  $h$ , representado por  $WF_{hij}$ , é dado pelo inverso de sua probabilidade de inclusão, conforme expressão em (8).

$$(8) \quad W_{hi} = \frac{ND_h}{n_h \times ND_{hi}} \times \frac{NF_{hi}}{nf_{hi}}.$$

Observa-se no Quadro 5.1 que a probabilidade de inclusão dos dentistas na amostra é constante por estrato, enquanto a dos prontuários varia por estrato e UBS.

Trata-se, portanto, de uma amostra complexa, que envolve estratificação e conglomeração, cujas estimativas de médias, proporções e razões devem ser feitas com o uso dos pesos amostrais. No caso das estimativas de variâncias, e de todas que delas derivam, como intervalos de confiança, estatísticas de testes de hipóteses e estimativas dos parâmetros de modelos de regressão, deve-se proceder às estimações com emprego dos pesos amostrais e do método do conglomerado primário (Pessoa & Nascimento, 1998), disponível em sistemas estatísticos especializados, como o SUDAAN, e nos procedimentos *survey* do SAS, que foram os sistemas usados na geração dos resultados desta dissertação.

## Aspectos considerados para a avaliação da qualidade da assistência odontológica

Um dos aspectos centrais que foi considerado nessa pesquisa diz respeito à **universalidade**, um dos pilares da política do SUS, e que representa a abrangência das ações assistenciais. Outro conceito incluído refere-se à **integralidade da assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, que se relaciona à continuidade dos cuidados, desde a promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce, cuidados de referência e contra referência, até a reabilitação dos pacientes. Outras questões que foram consideradas dizem respeito à **organização do trabalho** em Odontologia (acolhimento dos pacientes, documentos de registro e recursos humanos), à contínua **incorporação de novos saberes e práticas** às ações de saúde e à **capacidade de resolução dos serviços**.

Tendo como base os elementos propostos por Brothwell (1998) para a garantia da qualidade da assistência odontológica, são demonstrados nas Tabelas 5.5, 5.6 e 5.7 os aspectos que foram considerados para a avaliação da qualidade da assistência odontológica nas UBS da Cidade do Rio de Janeiro, assim como os instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados relativos a cada aspecto incluído no estudo.

### Quadro 5.3 Aspectos considerados para a avaliação da qualidade da assistência odontológica nas UBS relativos à Estrutura. Município do Rio de Janeiro, 2005.

<b>Estrutura</b>	<b>Elementos avaliados</b>	<b>Instrumentos para coleta de dados</b>
<b>Equipamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Condições de uso dos equipamentos odontológicos / equipamentos para esterilização</li><li>▪ Existência de aparelho de RX odontológico</li><li>▪ Instrumentais em número suficiente</li></ul>	Entrevistas com as Chefiarias de Odontologia
<b>Pessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Composição da Equipe de Saúde Bucal</li></ul>	Entrevistas com as Chefiarias de Odontologia
<b>Administração</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existência de prontuário único na UBS</li></ul>	Entrevistas com as Chefiarias de Odontologia

**Quadro 5.4 Aspectos considerados para a avaliação da qualidade da assistência odontológica nas UBS relativos ao Processo. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Processo</b>	<b>Elementos avaliados</b>	<b>Instrumentos para coleta de dados</b>
<b>Gerenciamento-Prática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilização de protocolos clínicos</li> <li>▪ Referência para serviços especializados de Odontologia</li> <li>▪ Agendamento dos pacientes</li> <li>▪ Fornecimento de medicamentos para os pacientes</li> <li>▪ Promoção de Saúde</li> </ul>	<p>Questionários para os profissionais</p> <p>Entrevistas com as Chefias de Odontologia</p>
<b>Registros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro em prontuários</li> <li>▪ Controle das informações sobre os pacientes</li> </ul>	<p>Entrevistas com as Chefias de Odontologia</p>
<b>Plano de Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão do plano de tratamento com os pacientes</li> </ul>	<p>Questionários para os profissionais</p>
<b>Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duração do tratamento odontológico</li> </ul>	<p>Técnica da sobrevivência para análise do tempo do tratamento odontológico</p>

**Quadro 5.5 Aspectos considerados para a avaliação da qualidade da assistência odontológica nas UBS relativos ao Resultado e Comunidade. Município do Rio de Janeiro, 2005**

<b>Resultado/Comunidade</b>	<b>Elementos avaliados</b>	<b>Instrumentos para coleta de dados</b>
<b>Resultado</b>		
<i>Realização do Tratamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controle de placa bacteriana</li> <li>▪ Número de procedimentos por paciente</li> </ul>	<p>Indicadores de Saúde Bucal</p>
<i>Padrões de reavaliação</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de pacientes que retornam para consultas de revisão/atividades coletivas</li> </ul>	<p>Indicadores de Saúde Bucal</p>
<b>Comunidade</b>		
<i>Cobertura populacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faixas etárias dos pacientes</li> <li>▪ Características sócio-econômicas dos pacientes</li> </ul>	<p>Prontuários</p>

### *- Pesquisa em prontuários*

Nessa etapa, foram avaliadas as informações existentes nos prontuários odontológicos, a partir de critérios definidos com base na literatura científica:

#### Caracterização do paciente

- Nome
- Idade
- Endereço
- Naturalidade
- Características socioeconômicas (renda familiar, número de pessoas pertencentes ao grupo familiar, grau de instrução, abastecimento de água e situação habitacional)

#### Cobertura do atendimento

- Procedência da clientela (área geográfica)
- Faixas etárias atendidas

#### Informações da anamnese

- Hábitos alimentares
- Higiene bucal
- Hábitos orais deletérios
- História médica

#### Referência para serviços especializados de Odontologia

- Endodontia
- Cirurgia
- Estomatologia

- Prótese
- Periodontia
- Pacientes especiais

#### ***- Entrevistas com as Chefiarias do Setor de Odontologia***

Foi construído um instrumento para orientar as entrevistas, em que foram incluídos, a partir da análise da literatura referente ao assunto, aspectos pertinentes à qualidade dos serviços ambulatoriais de saúde bucal. Neste instrumento foram incorporados elementos organizacionais e relacionados à clínica, discriminados a seguir:

##### Monitoramento dos pacientes inscritos

- Existência de mecanismos de controle que permitam o acesso às informações como acompanhamento e abandono do tratamento

##### Regulação do acesso

- Tempo médio de espera da primeira consulta
- Existência de mecanismos de agendamento
- Participação do cirurgião-dentista promotor de saúde no agendamento
- Existência de mecanismos de agendamento que consideram as prioridades para atendimento
- Tempo médio de espera para consultas de urgência

##### Documentos de registro de consultas

- Existência de prontuário único

##### Recursos Humanos

- Composição da Equipe de Saúde Bucal (Número de Cirurgiões-dentistas, Técnico em higiene dental e Auxiliar de consultório dentário)
- Ações desenvolvidas pelo THD (quando presente) na Unidade de saúde

## Disponibilidade de equipamentos para a realização dos procedimentos odontológicos

- Condições de uso dos equipamentos
- Condições de uso dos equipamentos necessários para esterilização
- Existência de instrumental necessário em número suficiente
- Existência de aparelho para radiografias odontológicas (periapical e interproximal)

## Fornecimento de medicamentos

- Fornecimento de medicamentos considerados fundamentais para a assistência odontológica (Analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos)

## Ações de Promoção de Saúde

- Atuação do cirurgião-dentista em atividades de promoção de saúde
- Número de horas dedicadas à promoção de saúde
- Fornecimento de kits odontológicos para os pacientes
- Temas abordados

## **Questionário respondido por Cirurgiões-dentistas atuantes no atendimento clínico nas Unidades de Saúde**

A obtenção de dados a partir dos questionários respondidos por cirurgiões-dentistas que atuam em atividades clínicas teve como objetivo buscar melhor compreensão sobre as práticas odontológicas na rede básica. Foram abordadas questões como:

- Tempo destinado à explicação do plano de tratamento ao paciente
- Tempo destinado ao atendimento clínico
- Realização do Tratamento Restaurador Atraumático modificado (TRA modificado)

- Disponibilização de Protocolos Clínicos
- Fatores considerados mais importantes na provisão de assistência odontológica de qualidade
- Dificuldades para a provisão de assistência odontológica de qualidade

***- Avaliação de indicadores de saúde bucal***

Em dezembro de 2003 foram desenvolvidos novos indicadores de saúde bucal, com o intuito de avaliar e monitorar as ações em Odontologia. Mensalmente, as Unidades de Saúde devem repassar para as Coordenações de Área as informações obtidas a partir da avaliação desses indicadores. Foram considerados nessa pesquisa os indicadores referentes ao atendimento clínico e ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde nos meses de janeiro a maio de 2005.

Atendimento clínico

- Indicador de Produtividade: razão entre o número total de procedimentos conclusivos e o produto do número total de turnos trabalhados de todos os cirurgiões-dentistas em atendimento pelo número de horas do turno
- Indicador de Desempenho: razão entre o número total de controle de placa bacteriana e a diferença entre o *número total de pacientes atendidos e o número de pacientes de encaixe*
- Número médio de altas por cirurgião-dentista: razão entre o número total de altas de todos os cirurgiões dentistas em procedimento individual no mês e o produto do *número de turnos em procedimento individual no mês pelo número de horas do turno*
- Acesso: número total de consultas odontológicas 0-14 anos e número total de consultas odontológicas + 15 anos

Atenção coletiva

- Cobertura: número total de pessoas inscritas em procedimentos coletivos
- Percentual de retorno em procedimentos coletivos: razão entre o número total de pacientes que retornaram e o total de pacientes agendados para o retorno

## **Análise dos dados**

### **- *Análise descritiva dos dados***

Estatísticas descritivas foram empregadas no sentido de apreender as características dos pacientes e da assistência odontológica, presentes nos prontuários, bem como pertinentes à visão dos Chefes de Odontologia e cirurgiões-dentistas, captadas na aplicação dos questionários.

Especificamente, foram comparadas as médias do tempo de tratamento odontológico entre estratos de variáveis selecionadas, no sentido de identificar fatores potencialmente associados a diferenças nesse tempo. Na comparação das médias, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

### **- *Análise de sobrevivência***

No sentido de averiguar diferenças no tempo para a conclusão do tratamento odontológico nas UBS, relacionadas a variáveis das unidades, áreas programáticas ou de características dos pacientes – sexo, faixa etária, primeira consulta na unidade (Odontologia vs. especialidade), presença de diabetes, presença de hipertensão – utilizou-se análise de sobrevivência, conhecida como método de Kaplan-Meier. A análise de sobrevivência permite, neste caso, a estimação e visualização gráfica da probabilidade da população estudada ter o tratamento odontológico concluído no decorrer do tempo (Kleinbaum, 1995).

## **Limites da pesquisa**

Um dos limites da pesquisa refere-se à utilização parcial de informações colhidas em prontuários odontológicos. De acordo com Schochi (1994), o uso de informações provenientes dos serviços pode contribuir para a avaliação, na perspectiva de promover a garantia da qualidade, sendo possível extrair indicadores de qualidade dos prontuários. A confiabilidade desses indicadores, entretanto, é afetada pela qualidade do preenchimento.

### **- *Principais tipos de viés***

O principal tipo de viés que pode ser encontrado é o *viés de informação*, em função da coleta de informações em prontuários. Nesse aspecto, a qualidade da informação nos prontuários é de suma importância para minimizar esse viés, evitando

distorções em estimativas, o que poderia comprometer a validade do estudo. Fatores relacionados à acurácia e à ausência de informações podem gerar esse tipo de viés.

### **Considerações éticas**

Em relação às informações provenientes dos prontuários, a mestranda assumiu o compromisso de não permitir a identificação dos pacientes a que se referem os prontuários na disseminação dos resultados da pesquisa. Comprometeu-se, também, a explicar os objetivos desta pesquisa à pessoa responsável por cada uma das 23 unidades básicas de saúde selecionadas para a amostra, como pré-condição à solicitação de sua autorização para exame e registro das informações constantes nos prontuários dos pacientes a serem selecionados.

Em relação às entrevistas com os chefes de serviço odontológico e com os dentistas que atuavam na clínica odontológica, estes no caso de sua seleção para a amostra, a mestranda comprometeu-se a: (1) esclarecer os objetivos da pesquisa; (2) assegurar a preservação da identidade dos informantes, seja por manter seu anonimato, seja pela não disseminação de informações que combinadas permitam sua identificação; (3) garantir seu direito à não-prestação de todas ou algumas das informações solicitadas, sem qualquer prejuízo para ele ou para sua atuação profissional; e (4) solicitar seu consentimento livre e esclarecido, conforme modelos nos Anexos II e IV.

O contato para busca do consentimento dos profissionais dentistas entrevistados foi feito em conversa reservada com cada um e, no caso de sua aceitação, a entrevista foi realizada pela mestranda em sala onde só estavam o entrevistado e a entrevistadora.

Por fim, a mestranda comprometeu-se a fornecer as informações não-sigilosas e os resultados identificados aos órgãos gestores e às unidades de saúde incluídas na amostra, com o intuito de contribuir para a melhora da qualidade da assistência odontológica.

## 6. RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir estão divididos em seis seções: (1) análise descritiva da amostra de pacientes com tratamento odontológico; (2) análise das entrevistas com as Chefias de Odontologia; (3) análise dos questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas que atuam em atividades clínicas nas Unidades Básicas de Saúde; (4) análise dos indicadores de saúde bucal preconizados pela Gerência de Saúde Bucal SMS/RJ referentes aos meses de janeiro a maio de 2005; (5) análise de sobrevivência do tempo de tratamento odontológico (tomando como base o primeiro tratamento odontológico concluído na Unidade) e (6) distribuição das características mais relevantes das unidades estudadas para avaliação da assistência odontológica.

### **Análise descritiva da amostra dos pacientes estudados**

A Tabela 6.1 mostra a distribuição da população estudada de acordo com a estratificação por Área Programática (AP) e por Unidade Básica de Saúde (UBS). Foram analisados prontuários referentes a pacientes que receberam assistência odontológica e tiveram o seu tratamento odontológico finalizado (alta) no primeiro semestre de 2005. Em muitos casos não foi possível alcançar o total estabelecido de prontuários por Unidade, tendo em vista que muitos não foram encontrados no arquivo da Unidade, e alguns representavam somente serviço de pronto-atendimento (SPA).

A Tabela 6.2 mostra a distribuição da amostra estudada por faixa etária. A média de idade dos pacientes foi de 14,4 anos. Esta idade refere-se à primeira consulta odontológica na Unidade estudada. A mediana foi de 7,4 anos. Dessa forma, vale destacar que grande parte dos atendimentos odontológicos foi direcionada a pacientes infantis. Além disso, observou-se que 75% dos pacientes atendidos tinham idade inferior a 17 anos.

**Tabela 6.1 - Distribuição dos Prontuários analisados por Área Programática e Unidade Básica de Saúde. Município do Rio de Janeiro, 2005**

AP	Unidade	Número de Prontuários	(%)
1.0	CMS Ernani Agrícola	801	2,1
1.0	CMS Marcolino Candau	2231	6,0
<b>Total</b>		<b>3032</b>	<b>8,1</b>
2.1	CMS Dom Hélder Câmera	2559	6,8
2.1	CMS João B. Barreto	562	1,6
<b>Total</b>		<b>3121</b>	<b>8,4</b>
2.2	PAM Hélio Pellegrino	1141	3,0
2.2	CMS Maria A . Estrela	2193	5,8
<b>Total</b>		<b>3334</b>	<b>8,8</b>
3.1	CMS Américo Veloso	3132	8,4
3.1	CMS Nécker Pinto	337	0,9
<b>Total</b>		<b>3469</b>	<b>9,3</b>
3.2	CMS Ariadne Lopes	1526	4,1
3.2	CMS Eduardo A . Leite	231	0,6
<b>Total</b>		<b>1757</b>	<b>4,7</b>
3.3	CMS Carlos Cruz Lima	1190	3,2
3.3	CMS Nascimento Gurgel	151	0,4
<b>Total</b>		<b>3,6</b>	
4.0	CMS Cecília Donnangelo	93	0,3
4.0	CMS Jorge Saldanha	795	2,1
<b>Total</b>		<b>888</b>	<b>2,4</b>
5.1	CMS Henrique Monat	1986	5,3
5.1	CMS Masao Goto	535	1,4
5.1	CMS Waldyr Franco	1128	3,0
<b>Total</b>		<b>3649</b>	<b>9,7</b>
5.2	CMS Edgar M. Gomes	3360	8,9
5.2	CMS Manoel de Abreu	2616	7,0
5.2	CMS Pedro Nava	990	2,7
<b>Total</b>		<b>6966</b>	<b>18,6</b>
5.3	CMS Cyro de Mello	774	2,1
5.3	CMS João Batista Chagas	4224	11,3
5.3	CMS Waldemar Berardinelli	4855	13,0
<b>Total</b>		<b>9853</b>	<b>26,4</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>37416</b>	<b>100</b>

**Tabela 6.2 - Distribuição dos pacientes que receberam assistência odontológica no primeiro semestre de 2005 por faixa etária em Unidades Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Idade 1ª Consulta</b>	<b>Número de Prontuários</b>	<b>%</b>
<b>Ignorada</b>	3986	10,7
<b>&lt;= 5</b>	13082	35,0
<b>6 - 14</b>	11585	31,0
<b>15 - 34</b>	3923	10,5
<b>35 - 59</b>	4748	12,7
<b>&gt;= 60</b>	89	0,2

Em relação às características socioeconômicas dos pacientes estudados, procurou-se inicialmente incluir no estudo dados como situação habitacional, renda familiar, número de pessoas pertencentes ao grupo familiar e tipo de abastecimento de água. Entretanto, embora existissem espaços específicos nos prontuários para o preenchimento de tais variáveis, não foi possível utilizá-las, tendo em vista o alto índice de não preenchimento (68,7 a 79,8%).

A Figura 6.1 mostra a proporção dos pacientes estudados (12,5%) que recebeu somente assistência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde analisadas. Os outros pacientes (87,1%) receberam outros atendimentos referentes à medicina, psicologia, nutrição ou fonoaudiologia até o período estudado. Deste grupo, 43 pacientes (18,8%) receberam atendimento odontológico antes de consultas de outras especialidades, sendo o Serviço de Odontologia, nesses casos, responsável pelo acesso do paciente à Unidade Básica de Saúde.

A Tabela 6.3 mostra a proporção de pacientes que recebeu assistência odontológica antes (incluindo-se neste grupo aqueles que foram às UBS somente para tratamento odontológico) e depois de atendimentos de outras especialidades, segundo faixas etárias. Observa-se que na faixa de crianças de até cinco anos de idade, 72,6% já tinham recebido assistência na unidade antes da primeira consulta odontológica, e resultados semelhantes são encontrados na faixa de 6 a 14 anos. Em adultos com idades entre 35 e 59 anos também se verifica que em grande parte dos casos (89,5%) a consulta odontológica foi posterior a outros atendimentos na Unidade. Diferenciada, a faixa entre

15 e 34 anos foi a que apresentou maior percentual de indivíduos recebendo, nas UBS, assistência odontológica antes de outros serviços.

**Tabela 6.3 – Número e proporção de pacientes que receberam e não receberam assistência de outras especialidades antes do atendimento odontológico, em relação à faixa etária. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

Idade	Receberam assistência de outras especialidades antes		Não receberam assistência de outras especialidades antes		Sem informação		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
<b>Ignorada</b>	1538	38,6	2297	57,6	152	3,8	3834	100,0
<b>&lt;= 5</b>	9503	72,6	3580	27,4	0	0,0	13082	100,0
<b>6 - 14</b>	8630	69,2	2955	30,9	0	0,0	11585	100,0
<b>15 - 34</b>	2466	62,8	1458	37,2	0	0,0	3923	100,0
<b>35 - 59</b>	4250	89,5	498	10,5	0	0,0	4748	100,0
<b>&gt;= 60</b>	89	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
<b>Total</b>	<b>26476</b>	<b>70,7</b>	<b>10788</b>	<b>28,8</b>	<b>152</b>	<b>0,4</b>	<b>37416</b>	<b>100,0</b>

No universo dos pacientes que receberam atendimento em outras especialidades antes de receberem assistência odontológica, observou-se que o tempo decorrido entre a primeira consulta na Unidade e a consulta odontológica foi em média 40 meses (dp=550 meses) e mediana de 30,3 meses. A variação desse tempo foi de menos de um mês até 310 meses.

Foi possível verificar que grande parte dos prontuários (87,1%) continha a ficha odontológica própria para registro da anamnese, diagnóstico, plano de tratamento e consultas realizadas. No restante dos prontuários (10,9%) as informações referentes à Odontologia eram preenchidas em conjunto com as informações relacionadas às outras especialidades.

Nesse estudo objetivou-se ainda obter informações sobre a higiene bucal e os hábitos alimentares dos pacientes estudados, mas os registros referentes a esses assuntos estavam ausentes, em grande parte dos prontuários analisados (91%), o que impossibilitou a obtenção de resultados expressivos. Em relação à inclusão de dados

clínicos (história médica) do paciente na ficha odontológica, observou-se que em 82,6% deles não havia nenhum tipo de registro.

Foi possível determinar que as consultas odontológicas de revisão realizadas após o término do tratamento, com o objetivo de acompanhamento do paciente, representaram, em média, 20% do total de consultas odontológicas realizadas nas unidades de saúde avaliadas. A mediana foi de 11,1%.

### **Análise das entrevistas com as Chefias de Odontologia**

As Chefias entrevistadas foram muito receptivas e procuraram responder a todas as perguntas de forma clara e completa. Em 8,8% das UBS não foi possível a realização das entrevistas, por motivos de licença do profissional selecionado.

Em relação ao monitoramento dos pacientes que receberam assistência odontológica nas UBS estudadas, 85,3% das Chefias de Odontologia declararam possuir mecanismos para exercê-lo, dispondo de informações como alta ou abandono de tratamento. As Chefias declararam que o controle existente era baseado nos prontuários e também em livros de registro.

A Tabela 6.4 mostra o tempo médio de espera para a primeira consulta odontológica nas Unidades estudadas, segundo informação fornecida pelas Chefias de Odontologia.

**Tabela 6.4 – Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde de acordo com o tempo médio estimado para a realização da primeira consulta odontológica. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Tempo</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
<b>Sem informação</b>	6	8,8
<b>Até 1 semana</b>	17	24,2
<b>Entre 8 e 30 dias</b>	15	22,6
<b>Entre 31 e 60 dias</b>	13	19,3
<b>Mais de 60 dias</b>	17	25,1
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Não foi possível obter informação ao equivalente a 8,8% das UBS

No que diz respeito ao agendamento dos pacientes para as consultas e atividades programadas, merece ser sublinhado que em todas as UBS existiam mecanismos de agendamento, sendo que em 48,8% delas o agendamento era feito com base em critérios de priorização de pacientes, levando em consideração o problema apresentado. Nas outras unidades (42,4%) o agendamento era realizado de acordo com a ordem de chegada do paciente na UBS. Também em todas as UBS os casos de urgência odontológica eram atendidos prontamente, de acordo com as informações fornecidas pelas Chefias de Odontologia.

Quase a totalidade das Chefias de Odontologia (88,8%) declarou a existência de um prontuário único para registro das informações do paciente. Sobre o tempo destinado ao preenchimento de informações relevantes nos prontuários pelos profissionais que realizaram o atendimento, 47,0% dos entrevistados afirmaram não haver tempo suficiente para tal atividade.

A Tabela 6.5 mostra a composição das equipes de Odontologia nas UBS estudadas. Vale destacar que 13,7% das Chefias entrevistadas responderam que a sua equipe não possuía nenhum tipo de pessoal auxiliar, e 34,1% informaram que a equipe era completa, incluindo Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

**Tabela 6.5 – Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde de acordo com a composição da equipe de saúde bucal. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Equipe de Odontologia</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
<b>Sem informação</b>	6	8,8
<b>CD, THD e ACD</b>	23	34,1
<b>CD e THD</b>	16	23,7
<b>CD e ACD</b>	14	19,7
<b>CD</b>	9	13,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Não foi possível obter informação ao equivalente a 8,8% das UBS

Observou-se que 45,9% das chefias entrevistadas classificaram como boas, e 30,7% como regulares, as condições de uso dos equipamentos odontológicos para a realização dos atendimentos.

Sobre a esterilização dos instrumentais odontológicos, 53,5% mencionaram que eram satisfatórias e 19% consideraram regular. Verificou-se ainda que em grande parte das UBS (77,0%) não era disponibilizado aparelho de Raio-X odontológico.

Vale reportar ainda que 58,5% dos entrevistados afirmaram que havia número adequado de instrumentais odontológicos para a realização dos procedimentos necessários e 32,6% destacaram a insuficiência de instrumentais. Além disso, em relação à disponibilidade de medicamentos considerados fundamentais (analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos e outros) para a assistência em Odontologia, 75,3% das Chefias de Odontologias declararam ser fornecidos aos pacientes quando indicado.

Observou-se que 70,1% das unidades, que tiveram suas chefias entrevistadas, realizavam ações de promoção de saúde. A Tabela 6.6 mostra a distribuição de unidades por número de horas dedicadas nos serviços de Odontologia às ações de promoção de saúde.

**Tabela 6.6 – Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde de acordo com as horas semanais destinadas a realização de atividades de promoção de saúde. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Horas Semanais</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
<b>Sem informação</b>	6	8,8
<b>0</b>	8	11,0
<b>2 – 8</b>	31	45,0
<b>12 – 20</b>	17	14,2
<b>&gt; 20</b>	6	21,0
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Não foi possível obter informação ao equivalente a 8,8% das UBS

Merece ser destacado que em 32,7% das unidades as atividades de promoção de saúde englobavam somente temas relacionados à saúde bucal, e em 58,6% as ações desenvolvidas não estavam restritas à Odontologia. Vale reportar ainda que das unidades com ações de promoção de saúde, em 71% dos casos os cirurgiões-dentistas responsáveis participavam do agendamento e encaminhamento dos pacientes para o atendimento clínico. Em 47,7% unidades as Chefias de Odontologia declararam que havia distribuição de kits odontológicos para os pacientes, contendo escova dental, pasta e fio dental.

Por último, foi possível constatar que grande parte (75,1%) das UBS em que se realizaram as entrevistas com Chefias de Odontologia referenciava os pacientes para serviços especializados de Odontologia, que envolviam especialidades como Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral, Estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Em 16,1% das UBS as Chefias entrevistadas declararam não existir esse tipo de referência.

### **Análise dos questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas que atuam em atividades clínicas nas Unidades Básicas de Saúde estudadas**

A terceira seção deste capítulo aborda o resultado da análise dos questionários respondidos por cirurgiões-dentistas que atuavam em atividades clínicas. Esperava-se incluir nesse estudo 59 questionários, mas por conta de recusas e indisponibilidade dos profissionais, somente foram preenchidos 53 questionários.

Sobre algumas características do atendimento odontológico clínico, observou-se que 48,2% dos cirurgiões-dentistas consideravam suficiente o tempo destinado em cada turno para a realização dos atendimentos odontológicos. Ao contrário, 51,8% mencionaram ser insuficiente. Em relação ao tempo necessário ao preenchimento

correto das informações nos prontuários, foi verificado que 31,6% dos profissionais mencionaram que o tempo não era adequado. Foi possível constatar que metade dos profissionais discutia o plano de tratamento com os pacientes. Merece ser ressaltado que uma parcela expressiva dos profissionais (63,2%) afirmou realizar, quando indicado, o *Tratamento Restaurador Atraumático modificado* (TRA modificado) nos pacientes, técnica preconizada pela Coordenação de Saúde Bucal/SMS-RJ para o tratamento de alguns tipos de lesões cariosas. Cabe destacar ainda que 63,2% da amostra mencionou que são disponibilizados protocolos clínicos que orientam a conduta do profissional, e desse total, todos procuravam seguir essas orientações. No entanto, 36,8% destacaram que não recebiam tais documentos.

A Tabela 6.7 mostra os fatores considerados mais importantes pelos profissionais para a provisão do atendimento odontológico, ordenados do fator mais relevante (1) para o menos relevante (8), com destaque para a média, quartis e valores mínimos e máximos.

**Tabela 6.7. Ranking de fatores que influenciam na provisão de uma assistência odontológica com qualidade segundo visão dos cirurgiões-dentistas (maior influência, 1; menor influência, 8)**

Item	Número	Média	Min	Q1	Mediana	Q3	Max
<b>Equipamentos e materiais</b>	113	3,69	1	2	3	6	8
<b>Tempo destinado ao atendimento do paciente</b>	113	3,78	1	2	3	5	8
<b>Habilidade técnica do cirurgião-dentista</b>	113	4,20	1	3	4	6	7
<b>Equipe de saúde bucal completa</b>	113	4,33	1	2	5	6	8
<b>Qualificação do profissional</b>	113	4,52	1	3	4	7	8
<b>Relação profissional paciente</b>	113	4,62	2	4	5	6	7
<b>Carisma da equipe de saúde bucal</b>	113	5,17	1	2	7	8	8
<b>Explicação dos procedimentos a serem realizados</b>	113	5,57	1	4	6	7	8

Os resultados obtidos demonstraram uma grande variabilidade entre as respostas dos profissionais, mas dentre os fatores considerados mais importantes, destacam-se: equipamentos e materiais necessários para a assistência, tempo destinado ao atendimento do paciente e habilidade técnica do cirurgião-dentista.

Na tabela 6.8 é possível observar a classificação das dificuldades mais relevantes que podem ser encontradas durante o tratamento odontológico e que repercutem na qualidade da assistência, citadas pelos profissionais que responderam o questionário. Observou-se também uma grande variação entre as respostas, visto que todos os critérios foram citados como o mais importante e também como o de menor importância pelos cirurgiões-dentistas. Os fatores citados como os mais relevantes foram ausência de pessoal auxiliar e material insuficiente.

**Tabela 6.8 Ranking de dificuldades que repercutem na provisão de uma assistência odontológica com qualidade segundo visão dos cirurgiões-dentistas (dificuldade de maior repercussão, 1; dificuldade de menor repercussão, 5)**

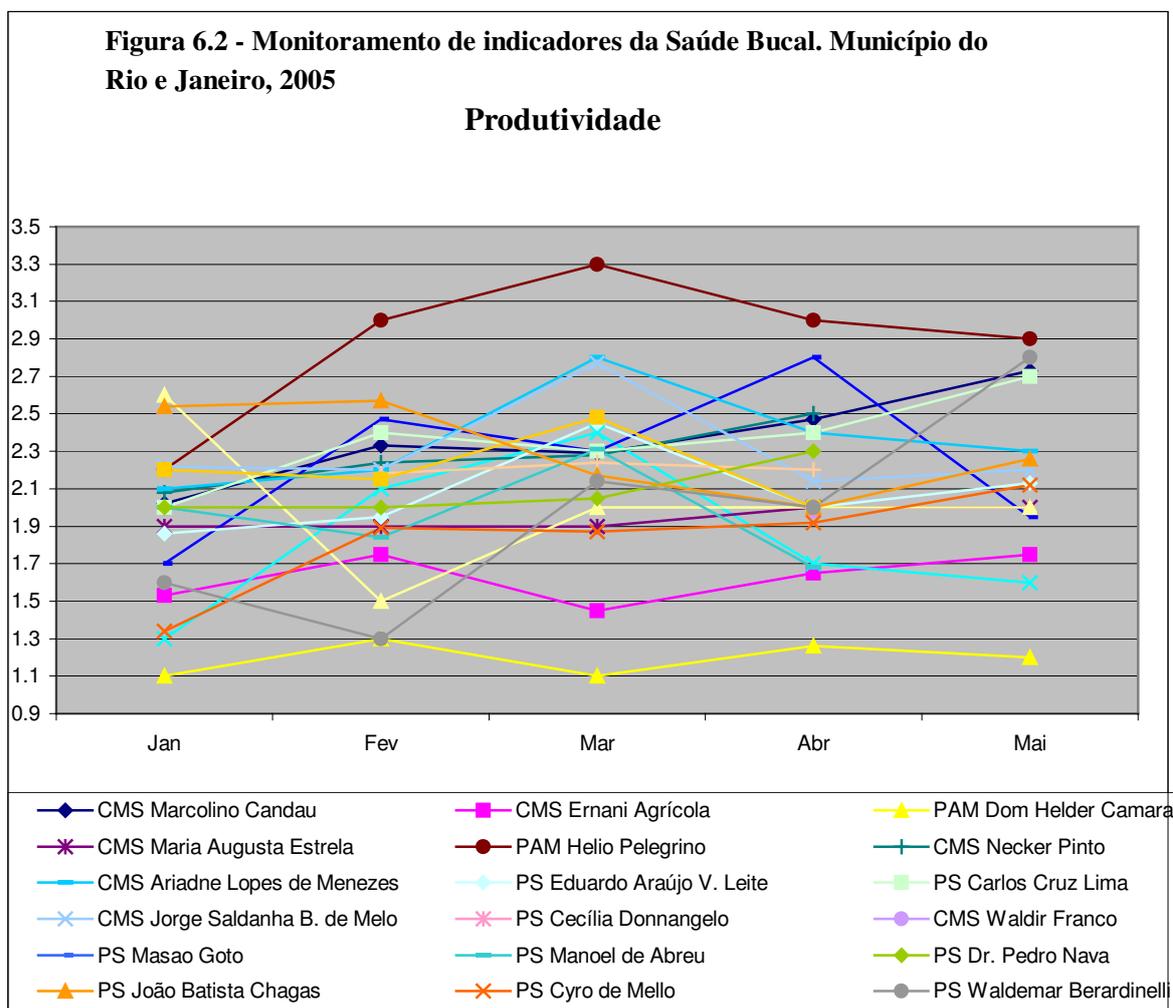
Item	Número	Média	Min	Q1	Mediana	Q3	Max
<b>Ausência de Pessoal Auxiliar</b>	113	2.53	1	1	2	3	5
<b>Material Insuficiente</b>	113	2.97	1	2	3	5	5
<b>Instrumental Insuficiente</b>	113	3.05	1	2	3	4	5
<b>Tempo de Atendimento</b>	113	3.07	1	1	4	4	5
<b>Abandono do Paciente</b>	113	3.38	1	3	4	5	5

### **Análise dos indicadores mensais de Saúde Bucal**

Os indicadores mensais de Saúde Bucal analisados nesse estudo são referentes aos meses de Janeiro a Maio de 2005, e estão divididos em dois grupos: Atendimento Clínico e Atenção Coletiva. Objetivou-se analisar os indicadores representativos de todas as Unidades de Saúde incluídas na amostra, mas não foi possível obter informação sobre duas Unidades. Além disso, havia registros incompletos sobre 12 Unidades, o que impossibilitou a análise de todos os indicadores.

Em relação aos indicadores de atendimento clínico, foi possível avaliar dois deles: produtividade e desempenho.

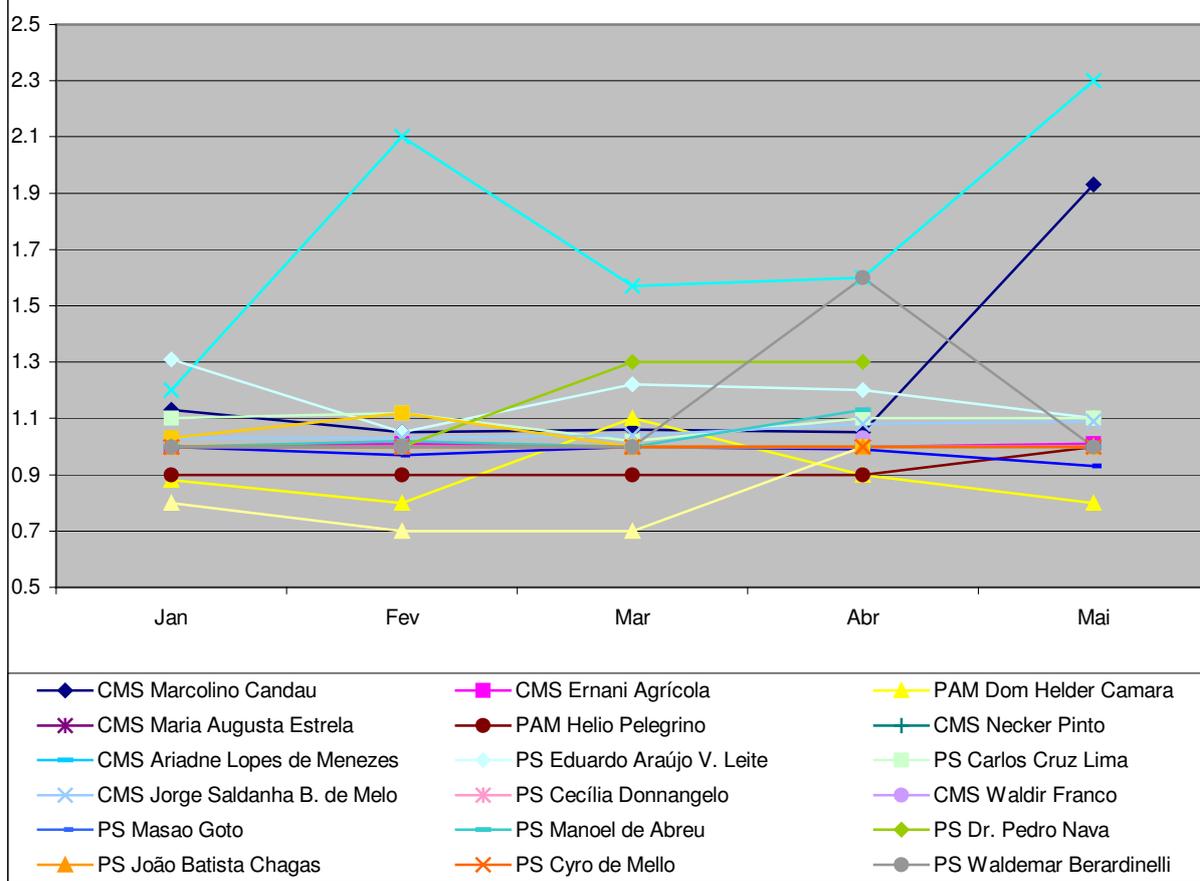
O indicador de produtividade reflete o número total de procedimentos conclusivos realizados por hora, em relação ao total de turnos trabalhados de todos os profissionais em atendimento (Figura 6.2). A meta estabelecida é de dois procedimentos por hora, e observou-se que do total de 18 Unidades analisadas, apenas duas mantiveram-se abaixo da meta em todos os meses, enquanto que três estiveram sempre acima da meta.



O indicador de desempenho procura identificar o número total de controle de placa bacteriana em relação aos pacientes atendidos (excluindo os casos não agendados) (Figura 6.3). Verificou-se que os valores encontrados eram todos muito próximos de um, o que significa que em grande parte dos pacientes atendidos é realizado o controle de placa bacteriana.

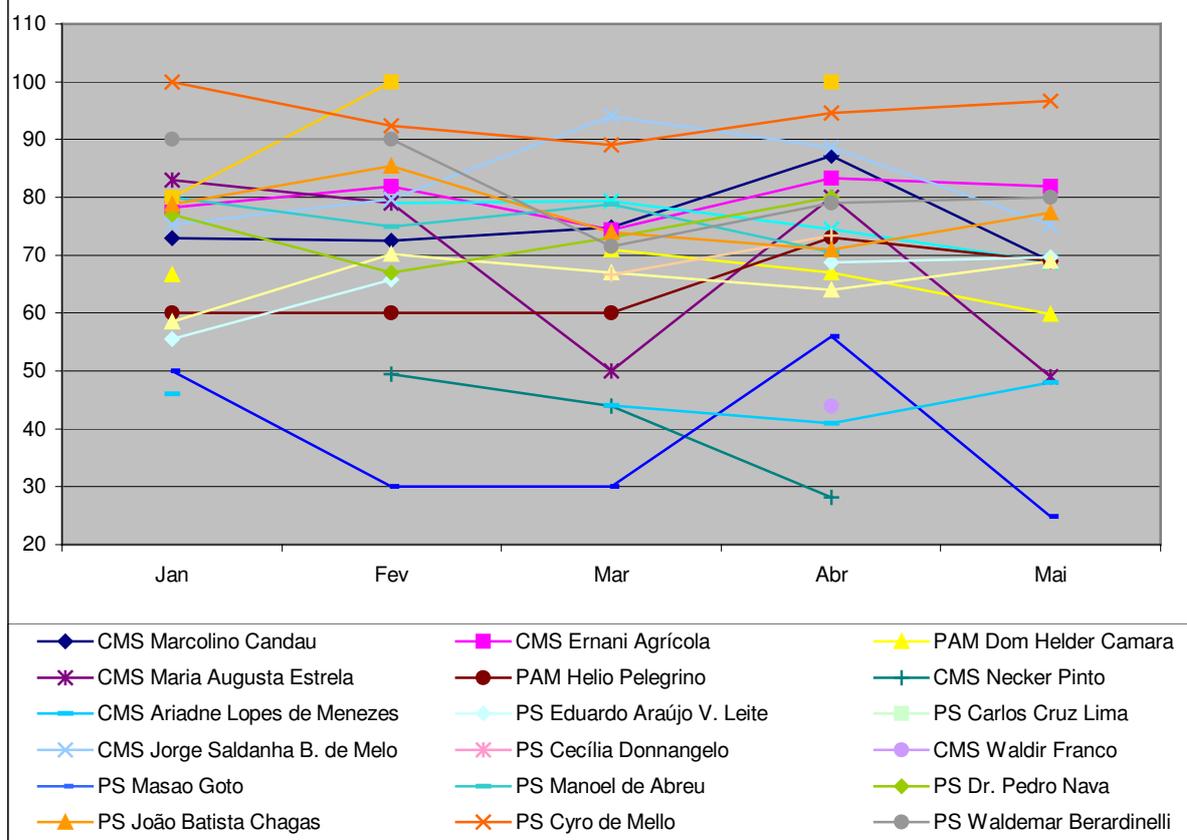
**Figura 6.3 - Monitoramento de indicadores da Saúde Bucal.  
Município do Rio de Janeiro, 2005**

**Desempenho**



Outro indicador analisado é referente à atenção coletiva, e quantifica o percentual de retorno dos pacientes agendados para as atividades coletivas. Após análise, foi possível observar que os valores variaram entre 25 e 100% (Figura 6.4).

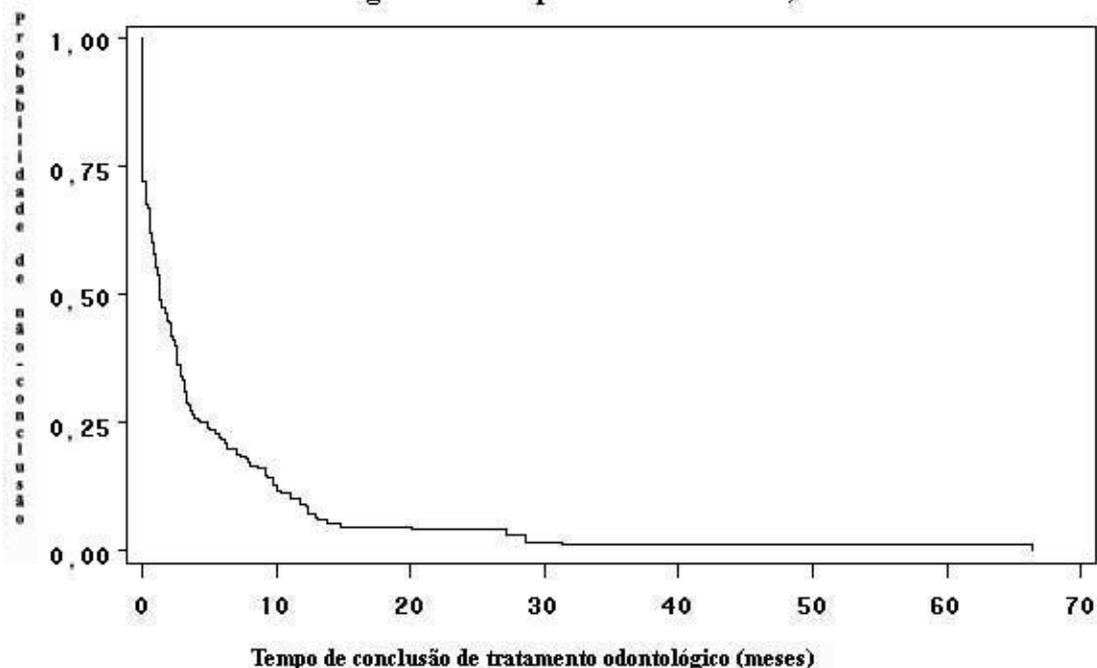
**Figura 6.4 - Monitoramento de indicadores da Saúde Bucal.  
Município do Rio e Janeiro, 2005  
Percentual de retorno em procedimentos coletivos**



### Análise do tempo do tratamento odontológico

A Figura 6.5, obtida através da técnica de Kaplan-Meier, apresenta o comportamento da população no que concerne ao tempo de tratamento odontológico, indicando que 50% dos pacientes atendidos concluem o tratamento em cerca de dois meses e 10% dos pacientes permanecem em tratamento após 12 meses.

**Figura 6.5 - Kaplan-Meier para tempo de tratamento de conclusão de tratamento odontológico no Município do Rio de Janeiro, 2005.**



Investigaram-se relações entre o tempo do primeiro tratamento odontológico e idade do paciente, classificada em termos de cinco faixas etárias. Foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, e os resultados apontaram para a rejeição da hipótese de semelhança nos tempos de tratamento entre tais grupos ( $p < 0,001$ ), conforme mostra a Tabela 6.9.

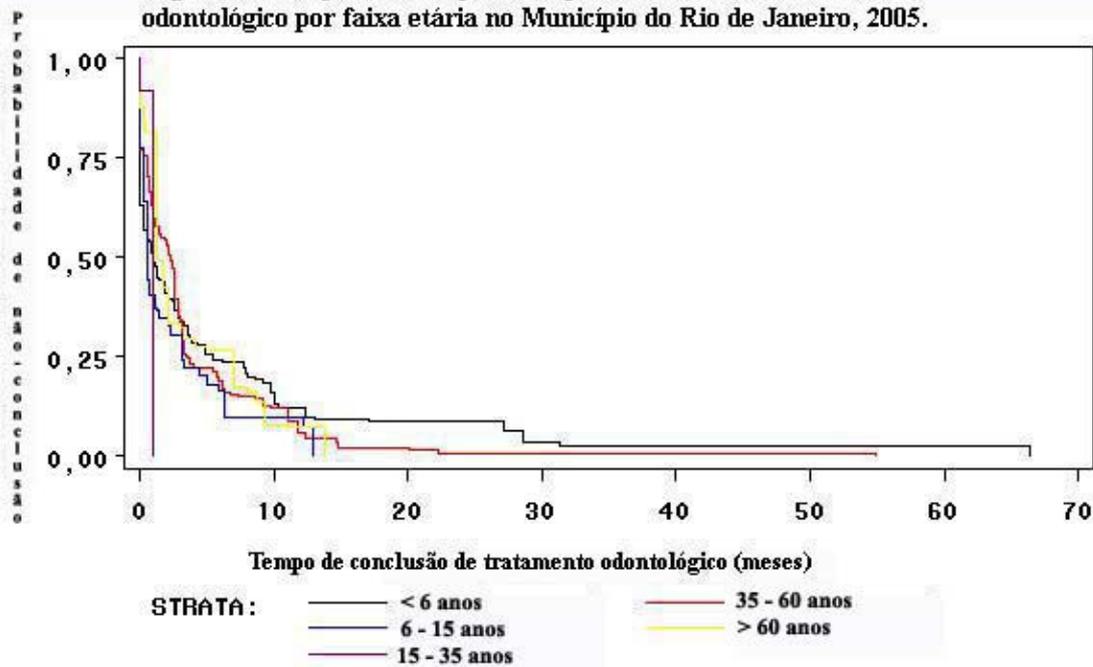
**Tabela 6.9 - Tempo médio (em dias) do tratamento odontológico dos pacientes estudados de acordo com a faixa etária**

Faixa Etária (anos)	Prontuários	Tempo médio em dias de tratamento (dias)
<b>&lt;= 5</b>	14596	166
<b>6 - 14</b>	11143	104
<b>15 - 34</b>	3306	75
<b>35 - 59</b>	3890	105
<b>&gt;= 60</b>	89	26

Teste Kruskal-Wallis:  $p < 0,0001$

Ainda na consideração do tempo de conclusão do tratamento odontológico por faixas etárias, a Figura 6.6 mostra a função de distribuição de sobrevivência da primeira variável pelos estratos correspondentes à segunda.

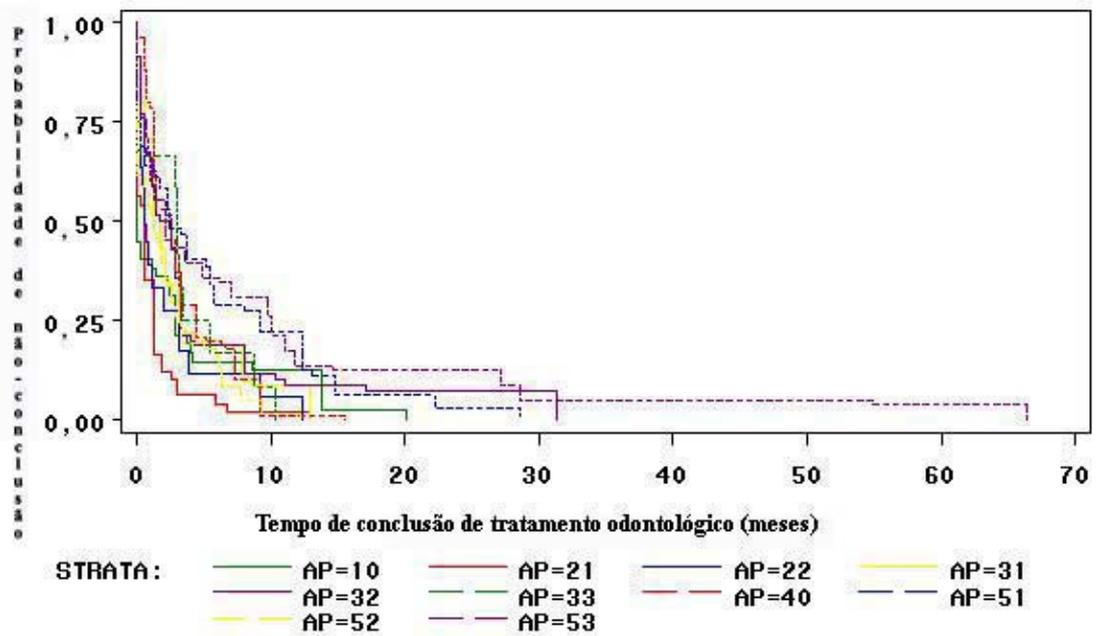
**Figura 6.6 - Kaplan-Meier para tempo de conclusão de tratamento odontológico por faixa etária no Município do Rio de Janeiro, 2005.**



O tempo de conclusão de tratamento odontológico não se mostrou associado às variáveis sexo, nem tipo da primeira consulta na UBS (odontológica ou não odontológica). Adicionalmente, esperava-se incluir neste estudo a análise daquela variável em relação a fatores socioeconômicos, o que não foi possível em face do alto grau de não registro dos mesmos.

Foram identificadas, ainda, diferenças no tempo de tratamento odontológico entre as Áreas Programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro (Figura 6.7), observando-se que nas A.P 5.1 e 5.3 o tratamento odontológico tem duração mais prolongada.

**Figura 6.7 - Kaplan-Meier para o tempo de conclusão de tratamento odontológico por áreas programáticas no Município do Rio de Janeiro, 2005.**



**Distribuição das características mais relevantes das unidades estudadas para avaliação da assistência odontológica.**

Os Quadros mostram os aspectos mais expressivos para a avaliação dos serviços de Odontologia que puderam ser obtidos nesse estudo a partir de prontuários, entrevistas, questionários e indicadores, respectivamente em relação à *Estrutura, Processo e Resultado/ Comunidade*.

**Quadro 6.1 - Aspectos mais expressivos para a avaliação dos serviços de Odontologia relativos à Estrutura. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Estrutura</b>	<b>Elementos avaliados</b>	<b>Resultados obtidos</b>
<b>Equipamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condições de uso dos equipamentos odontológicos / equipamentos para esterilização</li> <li>▪ Existência de aparelho de RX odontológico</li> <li>▪ Instrumentais em número suficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 45,9% dos equipamentos considerados satisfatório/ regular</li> <li>▪ 77% não possuíam aparelho de RX odontológico</li> <li>▪ 41,5% destacaram número insuficiente de instrumentais</li> </ul>
<b>Pessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Composição da Equipe de Saúde Bucal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 13,7% das UBS sem pessoal auxiliar</li> </ul>
<b>Administração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de prontuário único na UBS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 88,8% das UBS com prontuário único</li> </ul>

**Quadro 6.2 - Aspectos mais expressivos para a avaliação dos serviços de Odontologia relativos ao Processo. Município do Rio de Janeiro, 2005**

<b>Processo</b>	<b>Elementos avaliados</b>	<b>Resultados obtidos</b>
<b>Gerenciamento-Prática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilização de protocolos clínicos</li> <li>▪ Referência para serviços especializados de Odontologia</li> <li>▪ Agendamento dos pacientes</li> <li>▪ Fornecimento de medicamentos para os pacientes</li> <li>▪ Promoção de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 63,2% das UBS disponibilizam os protocolos</li> <li>▪ 75,1% das UBS há referência</li> <li>▪ Todas as UBS com agendamento</li> <li>▪ 75,3% das UBS fornecem medicamentos</li> <li>▪ 89% realizam atividades de promoção de saúde</li> </ul>
<b>Registros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro em prontuários</li> <li>▪ Controle das informações sobre os pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grande parte dos prontuários com registro incompleto</li> <li>▪ 85,3% com mecanismos de monitoramento do paciente</li> </ul>
<b>Plano de tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussão do plano de tratamento com os pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 50% discutiam o plano de tratamento com os pacientes</li> </ul>
<b>Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duração do tratamento odontológico</li> <li>▪ Tempo suficiente para atendimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idade e local da UBS podem influenciar a duração</li> <li>▪ 48,2% consideraram o tempo suficiente</li> </ul>

**Quadro 6.3 - Aspectos mais expressivos para a avaliação dos serviços de Odontologia relativos ao Resultado e Comunidade. Município do Rio de Janeiro, 2005.**

<b>Resultado/Comunidade</b>	<b>Elementos avaliados</b>	<b>Resultados obtidos</b>
<p><b>Resultado</b></p> <p><i>Realização do Tratamento</i></p> <p><i>Padrões de reavaliação</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controle de placa bacteriana</li> <li>▪ Número de procedimentos por paciente</li> <li>▪ Percentual de pacientes que retornam para consultas de revisão/atividades coletivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em quase a totalidade dos pacientes era realizado controle de placa bacteriana</li> <li>▪ Na maioria das UBS eram realizados dois procedimentos por hora</li> <li>▪ O percentual de retorno variou entre 25% e 100%</li> </ul>
<p><b>Comunidade</b></p> <p><i>Cobertura populacional</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faixas etárias dos pacientes</li> <li>▪ Características sócio-econômicas dos pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 75% dos pacientes atendidos com idade inferior à 18 anos</li> <li>▪ Registros incompletos nos prontuários impossibilitaram a análise destas características</li> </ul>

## 7. DISCUSSÃO

Um primeiro desafio neste estudo foi definir medidas da qualidade da assistência odontológica que constassem dos prontuários dos pacientes nas UBS. Os estudos na área da saúde bucal utilizados aqui como referências estavam centrados, majoritariamente, em dados clínicos tais como frequência das aplicações tópicas de flúor, classificação dos pacientes de acordo com o risco para cárie dentária, presença de gengivite, dentre outros. Utilizaram-se então, nesse sentido, estudos com foco na assistência médica, dando-se ênfase às pesquisas realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esperava-se obter dados sobre aspectos da assistência relacionados à forma de atendimento nas UBS quanto à cobertura, acompanhamento do paciente, referência para outros serviços, dentre outros. Além disso, sobre as características dos pacientes, esperava-se obter informações a respeito do perfil socioeconômico, hábitos alimentares e dados clínicos, com o intuito de avaliar o perfil dos pacientes de Odontologia das UBS do município do Rio de Janeiro. Infelizmente, devido ao alto índice de não preenchimento dos dados nos prontuários, não foi possível obter conhecimento expressivo sobre alguns desses aspectos.

O alto índice de não preenchimento dos dados nos prontuários também é relatado por autores como Helminen et al (2002), que observaram que somente 26% dos cirurgiões-dentistas preenchem informações importantes como anamnese do paciente. Da mesma forma, outros autores como Morgan (2001) e Helminen et al (1998) encontraram registros incompletos nos prontuários odontológicos.

É importante mencionar que o alto índice de não preenchimento de registros nos prontuários não está restrito somente à Odontologia, mas ocorre também em outras especialidades, como foi observado nos estudos realizados por Scochi (1994) e Fonseca (1994) em relação a pacientes de Unidades Básicas de Saúde do SUS no município de Maringá, no estado do Paraná, e no município do Rio de Janeiro, respectivamente. Lotufo & Duarte (1987) também encontraram registros incompletos ou ilegíveis em

relação ao diagnóstico clínico de pacientes de unidades ambulatoriais do município de Cáceres, no Mato Grosso.

Devem ser consideradas ainda algumas limitações referentes à utilização de prontuários em estudos avaliativos. Neste estudo, por exemplo, não foi possível testar a acurácia de alguns dados coletados, tendo em vista que não foi realizado nenhum tipo de análise de concordância, como entrevistas ou questionários direcionados aos pacientes, ou a comparação das informações obtidas com aquelas disponibilizadas no SIGAB. Além disso, uma outra limitação citada por Campos et al (2004) é a possibilidade da informação obtida não estar refletindo a realidade da assistência, uma vez que ela pode não ter sido registrada porque o profissional de saúde não identificou qualquer necessidade de fazê-lo, ficando a escolha a seu critério. Em muitos casos não existe uma normatização dos serviços sobre o que deve ou não ser referido no prontuário. Camacho & Rubin (1996) ressaltam ainda que as evidências que poderiam detectar falhas na assistência prestada aos pacientes muitas vezes são inconclusivas ou estão incompletas nos prontuários.

Todavia, embora existam limitações na utilização de prontuários, estes ainda são considerados uma excelente fonte de informação por diversos autores (Helminen et al, 1998; Vehkalahti et al, 1992; Marshall, 1997; Mattila et al, 2002 e Camacho & Rubin,1996).

Merecem ainda consideração os critérios utilizados nesse estudo para a seleção dos prontuários. Foram incluídos pacientes que finalizaram tratamento odontológico entre janeiro e junho de 2005, considerando-se a disponibilidade de dados do SIGAB como cadastro-base da seleção. Esse critério foi utilizado para possibilitar a avaliação do tratamento completado no âmbito ambulatorial. Entretanto, impossibilitou a análise um outro tipo de desfecho que poderia ser estudado, o abandono de tratamento.

Dentre os resultados encontrados, destaca-se a forte predominância da clientela infantil nos serviços de Odontologia das UBS estudadas. Metade dos prontuários analisados referenciava-se a pacientes com idade inferior a sete anos. Este achado coincide com observações mencionadas por Zanetti et al (1996), que afirmavam que a grande maioria das ações de saúde bucal no âmbito do SUS não atingia toda a população, e sim crianças, predominantemente. Moreira et al (2005) também ressaltaram o foco da atenção à saúde bucal em escolares, repercutindo na atenção às outras faixas etárias, em muitos casos assistidas somente em situações de urgência

odontológica. Outro estudo desenvolvido por Ramos e Lima (2003) também destacou a priorização de escolares para o atendimento em Odontologia em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre.

Em 1999, Rocalli et al afirmavam que o modelo excludente ainda predominava na organização da atenção à saúde bucal no Brasil, refletindo os modelos de programação em Odontologia no sistema público onde era priorizado o atendimento odontológico a crianças. Mais recentemente, Moreira et al (2005) também consideraram que a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade longínqua, pois apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), o acesso à atenção odontológica ainda necessita ser ampliado para todos os grupos populacionais.

Foi possível observar, entretanto, iniciativas nos serviços de Odontologia das UBS estudadas com o objetivo de ampliar a cobertura da assistência a todas as faixas etárias, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Coordenação de Saúde Bucal da SMS/RJ. Vale reportar algumas experiências que vêm sendo desenvolvidas para a reorientação do modelo assistencial do SUS, e conseqüentemente para a expansão da cobertura com potencial *universalizante*: o Programa Saúde da Família, a inserção e consolidação de atividades de promoção de saúde nas UBS e o estabelecimento de serviços especializados de Odontologia.

Neste estudo esperava-se obter informações sobre as características socioeconômicas dos pacientes estudados, tendo em vista que variáveis como renda, escolaridade e desnutrição são apontadas como riscos importantes à saúde bucal (Córdon, 1991). A obtenção dessas informações, todavia, não foi possível devido ao elevado grau de não preenchimento nos prontuários. É fundamental que se incentive o registro desses itens do prontuário – principalmente ocupação, renda e nível de instrução – pois se sabe da associação entre essas variáveis e a ocorrência de cárie dentária e doença periodontal (Boing et al, 2005). Evidenciam-se ainda correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento social relacionados à moradia com cárie dentária. Destaca-se também um indicador de renda (renda insuficiente), demonstrando que as piores condições de saúde bucal não podem ser dissociadas das disparidades de renda. O acesso da população à água de abastecimento público fluoretada também é um fator importante para a determinação da ocorrência de cárie dentária. O registro constante dessas informações permite a comparação ao longo do

tempo e o seu amplo uso em estudos epidemiológicos, conforme já ocorre em países como Inglaterra e Suécia (Boing et al, 2005). Entretanto, deve também haver constante discussão acerca das variáveis a serem utilizadas nos prontuários, pois, conforme explicam Boing et al (2005), a utilização de indicadores socioeconômicos em estudos epidemiológicos das doenças bucais mais prevalentes é diversa e heterogênea, seguindo critérios e diretrizes conceituais diferentes.

Foi observado que grande parte dos pacientes estudados recebeu, além da assistência odontológica, assistência médica ou em outras áreas como a Psicologia ou Nutrição. Torna-se importante o constante incentivo a uma forte integração entre as diversas equipes de saúde das UBS, de forma a proporcionar um atendimento integral ao paciente. Esse relacionamento entre as equipes é essencial, pois como observaram Pedrosa & Teles (2001) em um estudo sobre o PSF em Teresina, Piauí, o pequeno relacionamento interno entre as equipes de saúde pode levar a uma inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, e conseqüentemente à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, à desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas, bem como a um baixo grau de interação entre os membros da equipe.

Foi possível verificar também que grande parte dos prontuários continha uma ficha odontológica própria, o que permite a disponibilização de espaço adequado para o preenchimento das informações necessárias para a assistência odontológica. Entretanto, apesar da possibilidade de utilização de uma ficha odontológica própria, uma pequena parcela dos prontuários não continha essa ficha, e apresentava registros em conjunto com informações relacionadas a outras especialidades. Nesses casos, os registros eram bastante incompletos, tendo em vista que eram somente registradas as consultas realizadas. Apreende-se daí, a necessidade de incentivo ao uso da ficha odontológica não só para o registro da anamnese, diagnóstico, plano de tratamento e outras informações relevantes para a assistência do paciente, mas para a utilização dos mesmos, como fonte de informação para pesquisas e para o ensino.

Esperava-se obter ainda informações sobre hábitos alimentares e de higiene bucal dos pacientes estudados, pois, como mostram inúmeros estudos (Saito et al, 1999; Faine & Oberg, 1994; Roeters et al, 1995), as práticas de alimentação e os hábitos de higiene bucal estão associados à ocorrência de cárie dentária. Mais uma vez, sublinha-se a importância de um maior estímulo aos profissionais para o registro de tais

informações, dado que, devido ao elevado grau de não preenchimento dos prontuários, não foi possível obter conhecimento expressivo sobre o assunto.

Foi ainda observado que as consultas de revisão representam uma parcela relevante do total de consultas realizadas. Esse achado é importante, pois sugere que os pacientes retornam à UBS para consultas de acompanhamento. Não foi objeto deste estudo, entretanto, avaliar a frequência das consultas de revisão. Segundo evidências disponíveis não há consenso acerca da periodicidade ideal para esse tipo de consulta. Em uma revisão sistemática realizada por Danenport et al (2003), por exemplo, não foi identificada a existência de evidência de alta qualidade acerca da periodicidade ideal das consultas de revisão em relação à cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal. Além disso, não foi verificada a efetividade de consultas com intervalos de seis meses, tanto para adultos como para crianças.

Em suma, em relação à coleta de dados em prontuários, foi possível verificar que importantes aspectos da assistência odontológica podem ser obtidos e, não somente fatores relacionados às características individuais dos pacientes. Entretanto, os prontuários dos serviços de saúde estudados não funcionaram efetivamente como fonte de informação para a avaliação da assistência prestada, sublinhando-se, em contraposição, que apesar dos registros insuficientes, foi possível extrair algumas informações importantes para a consideração da qualidade da assistência, tais como: o tempo mediano de tratamento, a classificação etária da população atendida, a proporção das consultas de revisão em relação ao total de consultas realizadas e a própria qualidade do registro.

Com o intuito de obter informações adicionais que pudessem refletir a realidade dos serviços, foram incluídas no estudo entrevistas com as Chefias de Odontologia, captando aspectos relacionados à qualidade da assistência e à dinâmica do atendimento. Dessa forma, foi possível a incorporação de informações que não poderiam ser encontradas em prontuários. A escolha pela realização de entrevistas foi baseada principalmente no estudo realizado por Pereira et al (2003) que entrevistaram cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas Municipais de Feira de Santana, Bahia, para melhor compreensão das práticas odontológicas a partir do processo de municipalização. Cabe mencionar, entretanto, que, no conjunto de estudos que utilizaram entrevistas com cirurgiões dentistas, como instrumento de coleta de

informações, não foi encontrado nenhum englobando o universo de profissionais da área de Odontologia que atuam em atividades gerenciais, conforme mostra este estudo.

Dentre os resultados mais expressivos obtidos a partir dessa abordagem, observou-se que grande parte das Chefiarias respondeu que existem mecanismos de monitoramento dos pacientes, com o registro de informações importantes como alta ou abandono. Esse aspecto é bastante positivo, tendo em vista que o monitoramento dos pacientes é de suma importância para o gerenciamento dos serviços de saúde, assim como para prover subsídios para possíveis intervenções, possibilitando ações mais efetivas e integradas (Melchior et al, 2006). Seria interessante ainda a realização de um monitoramento mais efetivo para os pacientes classificados como de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais, como cárie dentária e doença periodontal.

Observou-se ainda uma grande variação em relação ao tempo de espera para o primeiro atendimento odontológico nas UBS estudadas, que chegou a atingir seis meses em alguns casos. Em relação à observação de casos de tempos de espera muito longos, sabe-se que a dificuldade de acesso à consulta odontológica é um dos principais problemas observados no SUS (Barros & Bertoldi, 2002). Um estudo realizado por Ramos & Lima (2003) sobre acesso e acolhimento em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre mostrou uma grande procura de pacientes para o serviço de Odontologia, justificado pelo alto custo desse tipo de tratamento, pelo empobrecimento da população, pela qualificação do serviço prestado na rede pública e pela política de saúde bucal da cidade que garantia o tratamento completo. Especialmente na unidade de saúde que contava com um serviço de raio-X odontológico aumentando a sua resolutividade, havia uma alta demanda reprimida e uma grande disputa, precisando os usuários permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento, exceção feita aos escolares da região que tinham prioridade para a consulta.

Dessa forma, os resultados obtidos nesse estudo sugerem a existência de barreiras para a utilização dos serviços de Odontologia nas UBS estudadas. Seria importante, portanto, estabelecer estratégias gerenciais que pudessem atenuar as dificuldades a que estão submetidos os usuários do serviço, o que já vem ocorrendo no município do Rio de Janeiro, com o surgimento de iniciativas referentes a novas formas de acolhimento dentro das Unidades de Saúde, como a implantação do Programa Saúde da Família e do Programa Dentescola, voltado para a comunidade escolar. Essas

iniciativas demonstram uma fase de transição, na tentativa de melhor atender às necessidades da população que utiliza os serviços municipais de Odontologia.

Um aspecto positivo observado em todas as UBS estudadas foi a existência de mecanismos de agendamento para os pacientes, aspecto importante para a qualidade da assistência odontológica. De acordo com Melchior et al (2006), o agendamento diminui o número de casos de faltas e abandono, promovendo maior adesão dos pacientes ao tratamento. Ainda de acordo com os autores, o agendamento de consultas em curtos espaços de tempo também favorece a adesão de pacientes ao tratamento. Além disso, o agendamento prévio de consultas é um mecanismo de organização dos serviços de saúde, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos, permitindo ainda alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento (Ramos & Lima, 2003).

Em alguns casos, entretanto, observou-se que não existiam critérios específicos para o agendamento da primeira consulta do paciente, que era baseado somente na ordem de chegada na UBS. Seria preciso, portanto, estabelecer critérios de agendamento baseados nas prioridades dos pacientes em relação ao problema apresentado, com o intuito de gerar ações equânimes. É relevante ainda a investigação se as consultas são agendadas sempre com o mesmo profissional ou se existe algum tipo de critério para a escolha do próximo profissional a realizar o atendimento.

Outro aspecto positivo observado foi a existência de prontuário único em quase a totalidade das UBS estudadas, pois o registro de todas as informações do paciente em um único documento é de suma importância. Infelizmente em algumas Unidades Básicas de Saúde do SUS ainda é possível observar registros referentes a diversos atendimentos em prontuários diferentes, que não são integrados aos outros serviços, e muitas vezes possuem normas e registros próprios, como foi observado por Scochi (1994), em um estudo sobre Unidades Básicas de Saúde no Paraná.

Sobre a composição das equipes de saúde bucal das UBS estudadas, observou-se que existiam algumas unidades sem nenhum tipo de pessoal auxiliar, o que pode influenciar a assistência oferecida, tendo em vista que o pessoal auxiliar de Odontologia é importante tanto no atendimento individual como em ações educativas e preventivas.

Sobre as condições de uso dos equipamentos odontológicos, apenas uma pequena parcela de Chefias entrevistadas considerou insatisfatório. Entretanto, em

relação à disponibilização de instrumentais odontológicos para a realização de um atendimento adequado, uma parte dos entrevistados considerou insuficiente. A inclusão desses aspectos em um estudo de avaliação da qualidade da assistência odontológica é de extrema relevância, tendo em vista sua influência para a organização dos serviços de saúde. De acordo com Moreira et al (2005), a distribuição de recursos materiais e a infra-estrutura dos serviços são fatores importantes que podem influenciar a utilização de serviços de Odontologia.

Além disso, grande parte das Chefias de Odontologia declarou que a UBS fornecia os medicamentos para os pacientes. Em relação àquelas que não realizavam esta atividade, seria importante a discussão com os gestores locais sobre a disponibilização de tais medicamentos para os pacientes.

Embora não tenha sido incluído neste estudo, seria também importante verificar existência de encaminhamento para a realização de exames laboratoriais, muitas vezes necessários para a assistência dos pacientes dos serviços de Odontologia.

De acordo com as Chefias entrevistadas foi possível verificar que a grande maioria das UBS selecionadas realizava ações de promoção de saúde, outro aspecto bastante positivo. Foi observado, entretanto, que o desenvolvimento de ações relacionadas à promoção de saúde variava muito entre as UBS, tanto em relação ao número de horas semanais dedicadas às atividades contempladas, como em relação aos temas abordados. Embora seja importante que cada Unidade de Saúde estabeleça suas prioridades e reais necessidades, é fundamental a definição de um modelo organizacional que permita uma abordagem abrangente e estruturada das atividades de promoção da saúde, bem como na organização do acolhimento e fluxo de pacientes.

A incorporação de atividades relacionadas à promoção de saúde na prática odontológica do SUS pode ser considerada uma estratégia promissora para o aumento da resolutividade dos serviços, assim como em termos de impacto epidemiológico. De acordo com Zanetti et al (1996), a ênfase preventivo-promocional deve ser reforçada nas Unidades Básicas de Saúde, associada à reorientação do atendimento curativo. A partir dos resultados obtidos nesse estudo, é possível afirmar que o sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro vem incorporando esse modelo de atenção.

Vale reportar que no Brasil vários sistemas municipais de saúde também já vêm modificando o modelo de atenção à saúde bucal, com o intuito de realizar ações

coletivas e possibilitar que todos tenham acesso às ações e serviços de saúde (Frazão, 1998). Segundo Zanetti et al (1996) embora a mudança de ênfase do curativo para o preventivo-promocional possibilite o aumento da resolutividade dos serviços de Odontologia, não basta só atuar no espaço da clínica ou espaços coletivos restritos. É necessário ganhar novos espaços que atinjam o coletivo ampliado, como, por exemplo, a família. Embora não tenha sido objeto desse estudo, sabe-se que o município do Rio de Janeiro vem implementando a Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de atuar nesse núcleo.

Ainda sobre o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, observou-se que grande parte dos Técnicos de Higiene Bucal (THD) das UBS participava de forma constante dessas atividades. Embora exista pouca informação disponível sobre a contribuição desses trabalhadores a essas ações, inúmeros sistemas municipais de saúde vêm empregando pessoal auxiliar odontológico em atividades relacionadas à promoção de saúde, conforme explica Frazão (1998). O referido autor, ao realizar pesquisa para analisar a participação do pessoal auxiliar odontológico em atividades de promoção de saúde em Unidades Básicas Municipais de cinco municípios do Estado de São Paulo, observou que essas atividades eram desenvolvidas na própria UBS, em escolas e outros espaços sociais. As ações envolviam evidenciação de placa bacteriana seguida de escovação supervisionada, bochechos fluoretados e atividades educativas relacionadas à saúde bucal. Embora não tenha sido objeto desse estudo aprofundar questões relativas a participação do THD nessas atividades, sugere-se a avaliação do papel desses trabalhadores dentro das UBS, tendo em vista que são importantes atores para a determinação das práticas odontológicas nos serviços públicos de saúde.

Em relação ao encaminhamento de pacientes para serviços especializados de Odontologia, foi observado que a grande maioria das UBS estudadas realizava esse tipo de referência, o que é um aspecto bastante positivo, tendo em vista sua importância para o aumento da resolutividade dos serviços. Sobre o assunto, Moreira et al (2005) sugerem dois aspectos para serem avaliados em relação à organização dos serviços públicos de Odontologia: os tipos de serviços oferecidos e a articulação entre os diversos níveis da rede. Nesse estudo, foram avaliados os tipos de serviços oferecidos, sugerindo-se que pesquisas avaliativas em Odontologia futuras também analisem as formas de articulação entre esses serviços e os mecanismos utilizados para referência de pacientes.

Enfim, vale sublinhar que as informações que puderam ser obtidas nesse estudo relativas à qualidade da assistência foram oriundas principalmente das entrevistas com as Chefiarias de Odontologia, tendo em vista o alto índice de não preenchimento de dados nos prontuários. Foi possível verificar aspectos importantes como a organização dos serviços, relativos ao agendamento dos pacientes, realização de atividades de promoção de saúde, referência para serviços especializados de Odontologia e infra-estrutura, composição da equipe de saúde bucal e o registro em prontuário único. Entretanto, as informações obtidas por esse tipo de abordagem refletem a subjetividade desses profissionais em relação aos aspectos da assistência, o que pode ser considerado um possível viés.

Em relação à inclusão no estudo de entrevistas com cirurgiões-dentistas que atuavam em atividades clínicas, teve como intuito a complementação de informações obtidas nas entrevistas realizadas com as Chefiarias de Odontologia, possibilitando uma melhor compreensão da realidade nas UBS. Embora também possa ter havido subjetividade nas respostas, foram obtidas informações importantes sobre a qualidade da assistência odontológica, como as relativas à disponibilidade de protocolos clínicos, à suficiência do tempo para o atendimento clínico e para o preenchimento de prontuários, dentre outras. Helminen et al (1998) alertam, entretanto, para a possibilidade dos questionários refletirem a percepção dos profissionais do que seria ideal ou aceitável ao invés da realidade da prática odontológica.

Dentre os resultados, observou-se que uma parcela expressiva de profissionais considerava o tempo suficiente para o atendimento dos pacientes dos serviços de Odontologia. Esse aspecto é tido como de suma importância para a provisão de uma assistência com qualidade por Melchior et al (2006). Os autores, ao realizarem estudo sobre a avaliação da qualidade da assistência a pacientes portadores de AIDS em 322 serviços de sete estados do Brasil, observaram que as consultas eram muito curtas, havendo em torno de 16 atendimentos por turno. Como possível explicação para essa rotina foi destacada a falta de profissionais nas Unidades de Saúde, o que poderia ocasionar um grande número de consultas por dia para possibilitar o atendimento a toda demanda. Uma outra explicação sugerida pelos autores foi que, mesmo com o número adequado de profissionais, as consultas seriam curtas devido às características desses profissionais, que usualmente realizariam consultas rápidas independente do número de pacientes. Nesse caso específico, poderia haver um mesmo padrão de atendimento, sem espaço para a escuta do paciente, e também de conteúdo técnico.

No que diz respeito ao município do Rio de Janeiro, uma possível explicação para os casos em que os cirurgiões-dentistas consideraram o tempo insuficiente para atendimento é o número inadequado de profissionais, assim como uma expressiva demanda de pacientes. De acordo com os resultados obtidos neste estudo foi possível observar que em algumas UBS o tempo de espera para a primeira consulta era bastante longo, o que caracterizava uma grande demanda para esses serviços, e ainda em outros serviços faltavam profissionais, especialmente pessoal auxiliar odontológico.

Ainda sobre o assunto, uma parcela relevante de profissionais afirmou que possuía tempo suficiente para explicar e discutir o plano de tratamento com os pacientes. Já para o registro das informações necessárias nos prontuários, mais da metade afirmou que não havia tempo suficiente para tal atividade. Este resultado talvez explique o alto grau de não preenchimento dos dados nos prontuários encontrados neste estudo.

Dessa forma, sobre o tempo de atendimento dos pacientes nos serviços de Odontologia, seria importante a discussão de novas estratégias para possibilitar um atendimento estruturado e resolutivo. Uma das estratégias já preconizadas pela Coordenação de Saúde Bucal SMS/RJ para otimizar o tempo de atendimento dos pacientes é o incentivo à realização do Tratamento Restaurador Atraumático modificado (TRA modificado), pois essa técnica permite o tratamento de maior número de lesões cáries em uma única consulta. Observou-se, neste estudo, que uma parcela dos profissionais (66%) procura realizar, quando indicada, essa técnica.

Sugere-se que nos estudos de avaliação de qualidade da assistência odontológica sejam incluídas maiores informações relativas ao tempo destinado ao atendimento dos pacientes, como: número de pacientes por turno, tempo médio de consulta por paciente, tempo destinado à primeira consulta odontológica e os fatores que podem levar às variações do tempo da consulta de cada paciente.

Sobre a utilização de protocolos para a orientação da conduta profissional, observou-se que grande parte dos profissionais tinha acesso a esses documentos e procurava seguir suas orientações, embora uma parcela tenha afirmado não recebê-los. Diversos estudos discutem a relevância dos protocolos clínicos (Leake & Woodward, 1994; Portela, 2003), mas observa-se que sua utilização no SUS necessita ainda de maior incentivo. Melchior et al (2006) observaram que poucos serviços utilizavam protocolos clínicos para o atendimento de pacientes portadores de AIDS, e mesmos

aqueles que afirmaram adotá-los, provavelmente seguiam normas genéricas relativas à padronização de condutas. Os autores procuraram avaliar o uso de protocolos para a primeira consulta na Unidade, para as consultas de acompanhamento e para a referência do paciente a outros profissionais, o que também poderia ser avaliado nos casos dos serviços de Odontologia, além da referência para os serviços especializados.

A última parte do questionário foi dedicada à avaliação dos fatores que os profissionais consideravam mais relevantes para a provisão de assistência odontológica com qualidade, e observou-se uma grande variação na ordenação destes fatores por importância, sendo todos citados tanto como o mais importante, quanto o menos importante. Esses achados são interessantes porque demonstram que a percepção sobre os aspectos indicativos de boa qualidade de atendimento pode variar entre os próprios profissionais. Além disso, foram avaliados os principais aspectos que poderiam afetar de forma negativa o atendimento odontológico, observando, novamente uma grande variabilidade entre as respostas. É importante, portanto, a participação desses profissionais no processo de planejamento e avaliação da assistência odontológica.

Sobre a inclusão no estudo da análise de indicadores mensais de saúde bucal utilizados pela SMS/RJ, teve como intuito adicionar informações sobre o atendimento clínico e atividades coletivas realizadas nas UBS, assim como levantar a discussão sobre possíveis modificações, envolvendo a proposição de novos indicadores e uma abordagem para o seu monitoramento baseada melhoria contínua de qualidade.

Em relação aos indicadores já existentes, só foi possível avaliar dois referentes ao atendimento clínico (desempenho, produtividade) e um relativo às atividades coletivas (retorno dos pacientes agendados para as atividades coletivas), devido à falta de registro e também pelo curto período analisado (janeiro a maio de 2005). Sobre os indicadores referentes ao atendimento clínico, observou-se que as UBS analisadas encontravam-se próximas das metas estabelecidas, o que é um indicativo de que os atendimentos realizados incluíam números expressivos de procedimentos odontológicos conclusivos e de controle de placa bacteriana. Em relação à proporção de retorno dos pacientes para as atividades coletivas realizadas nas UBS, observou-se uma grande variação nesta proporção. Este resultado mostra que seria importante criar estratégias para aumentar a adesão desses pacientes às consultas de acompanhamento. Sugere-se, por exemplo, não agendar os retornos em intervalos muito longos, assim como discutir junto aos pacientes o melhor horário e dia para a marcação das atividades.

Em relação aos estudos que discutem a utilização de indicadores em Odontologia, observa-se que ainda há uma ênfase muito grande em aspectos clínicos do paciente, e pouco conhecimento sobre aspectos organizacionais dos serviços. Vale reportar que em 1996, a partir do projeto ORATEL, desenvolvido pela Comunidade Européia, em parceria com a Organização Mundial de Saúde, já era ressaltada a importância da utilização de indicadores populacionais (para autoridades em saúde) e relativos à administração de serviços.

Outras pesquisas sobre a utilização de indicadores na atenção básica destacam a importância destes para o planejamento dos serviços de saúde (Scochi et al, 1994; Melchior et al, 2006). Como exemplos de indicadores sugeridos nestas pesquisas e que poderiam ser também utilizados para a área odontológica, destacam-se: *indicador de resolutividade no primeiro nível de atenção* (número de pacientes encaminhados para serviços especializados em relação ao número de pacientes atendidos no período); indicador sobre a utilização dos serviços por faixa etária (número de pacientes atendidos de determinada faixa etária em relação ao número de pacientes atendidos de todas as faixas etárias no período) indicador sobre a *adesão do paciente ao tratamento* (número de faltas em relação ao número de consultas agendadas no período) e ainda um indicador sobre o número médio de consultas por profissional em determinado período.

Em relação ao indicador de resolutividade no primeiro nível da atenção, Scochi (1994) afirma que a sua análise pode ser de baixa confiabilidade se houver subregistro de encaminhamentos; adicionalmente, o indicador pode não refletir plenamente se a unidade foi capaz de resolver o problema do usuário. A autora afirma, ainda, que seria possível formular indicadores específicos para avaliar a equidade, desde que existissem condições de identificar subgrupos de população a serem estudados e realizar comparações da atenção recebida. Já em relação aos indicadores de impacto, como satisfação do usuário ou trabalhador, ressalta que seriam demandados desenhos e metodologias específicas para a sua apuração.

Esses indicadores sugeridos poderiam ser relevantes no município do Rio de Janeiro, tendo em vista a necessidade de identificar o número de encaminhamentos para serviços especializados de Odontologia (Periodontia, Endodontia, Estomatologia, dentre outros), e ainda verificar a realização do atendimento a todas as faixas etárias.

Sobre a utilização de indicadores a partir de uma abordagem de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde (Continuous Quality Improvement in

Health), torna-se importante destacar sua aplicação no monitoramento dos serviços de saúde, com o intuito de identificar melhorias. Cabe ressaltar que nem sempre são obtidos os resultados almejados, mas os gestores e administradores devem reconhecê-los e considerá-los parte de um processo de melhoria da qualidade da assistência. Dessa forma, a divulgação desses resultados é relevante, tendo em vista a possibilidade de compará-los com os resultados obtidos por outros serviços de saúde e assim trocar experiências e propor melhorias. Dessa forma, os indicadores seriam importantes para possibilitar essa análise comparativa entre os serviços de saúde (Maguerez, 1997).

O uso da técnica de análise de sobrevivência em Odontologia ainda é muito incipiente, mas neste estudo ela foi utilizada com o intuito de investigar variáveis que poderiam influenciar no tempo de tratamento odontológico, como sexo, idade, tipo de primeira consulta do paciente na UBS e a área programática da UBS.

Não foi utilizado, entretanto, o conjunto completo dos pacientes estudados, tendo em vista que em alguns casos não foi possível determinar a duração do tratamento. Somente foi realizada a análise de sobrevivência através da técnica de Kaplan-Meier, e não foi utilizada a regressão de Cox, haja vista a impertinência de avaliar efeitos independentes de um conjunto de variáveis que se mostrou pouco relevante na explicação de variações na variável dependente de interesse..

Ao explorar relações entre o tempo de tratamento e variáveis como sexo e tipo de primeira consulta na UBS, não foram observadas diferenças significativas. Embora existam poucos estudos na área de Odontologia sobre a influência dessas variáveis na determinação do tempo de tratamento, sabe-se que, em relação à variável sexo, as mulheres, em geral, procuram e utilizam mais os serviços de saúde e teriam, conseqüentemente, maior probabilidade de diagnóstico precoce das doenças bucais. Entretanto, observa-se que os homens apontam, em maior proporção que as mulheres, os problemas de saúde bucal como motivo de saúde que mais gera restrição da atividade desempenhada (Pinheiro et al, 2002).

Sobre a variável idade, alguns estudos mostram que, no caso de crianças, a duração do tratamento odontológico pode tornar-se mais longa em função do medo e ansiedade destes pacientes (Moraes et al, 2004; Corkey & Freeman, 1994). Entretanto, observa-se que, em geral, o tratamento odontológico curativo realizado em crianças é mais simples, e a prevenção realizada nesse grupo etário freqüentemente apresenta resultados mais duradouros quando comparada à realizada em adultos (Shenkin, 1999).

No que diz respeito à população idosa, poucos estudos focalizam especificamente esta faixa etária, mas é possível afirmar que esse grupo apresenta alta prevalência de cárie e doença periodontal. Achados semelhantes são observados na população adulta, o que indica a necessidade da utilização de serviços de Odontologia (Moreira et al, 2005). Neste estudo, o tempo médio de tratamento para pacientes idosos foi curto, talvez refletindo demandas em que a atenção básica tem baixa capacidade de resposta, mas o número desses pacientes impossibilita inferências para a população.

Verifica-se ainda que a menor utilização de serviços odontológicos é observada nos grupos extremos de idade, admitindo-se que este padrão pode estar associado à baixa prioridade à saúde bucal destas faixas etárias (Barros & Bertoldi, 2002).

A variável *tipo da primeira consulta na UBS* identifica se a primeira consulta na Unidade de Saúde foi odontológica ou em outra especialidade, não tendo sido observada sua associação com a duração do tratamento odontológico dos pacientes estudados. A partir destes resultados, apreende-se que os pacientes que utilizaram primeiramente ou unicamente os serviços de Odontologia das UBS apresentaram o mesmo tempo de tratamento odontológico em comparação com aqueles que tiveram o primeiro atendimento em outras especialidades na UBS.

A variável que se mostrou mais expressiva na determinação de diferenças na duração do tratamento odontológico foi a área programática (AP) da UBS, em que duas AP apresentaram duração mais longa do tratamento odontológico. As duas AP identificadas situam-se em locais distantes do centro do município do Rio de Janeiro, e apresentam menor oferta de serviços públicos odontológicos. Além disso, a população residente nestas áreas tem maior dificuldade de acesso aos serviços de Odontologia e apresentam, em geral, menor renda familiar. Nestes casos, uma possível explicação para a maior duração do tratamento odontológico, que pode ser um indicativo de maior necessidade de atenção, seria a influência dos aspectos socioeconômicos dos pacientes na determinação do surgimento e da gravidade das doenças bucais.

Diversos estudos mostram a influência dos fatores socioeconômicos no estabelecimento e na gravidade de doenças bucais (Milen. A, 1987; Freire et al, 1996; Peres et al, 2000; Freeman et al, 1989). Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, por exemplo, observou-se que a presença de lesões cariosas e de restaurações estava inversamente associada com o nível socioeconômico dos indivíduos estudados (Gillscrist et al, 2001).

Uma outra explicação possível para esse achado seria a dificuldade de acesso aos serviços de Odontologia, que também está relacionado com aspectos socioeconômicos. Dessa forma, acredita-se que esses fatores poderiam estar influenciando a duração do tratamento odontológico dos pacientes estudados.

Pretendia-se, entretanto, incluir neste estudo a análise da influência dos fatores socioeconômicos na duração do tempo de tratamento odontológico a partir da técnica de sobrevida; no entanto, devido ao alto grau de não preenchimento destas variáveis nos prontuários, não foi possível realizar este tipo de análise.

### **Implicações dos achados para o planejamento e organização dos serviços de Odontologia de Unidades Básicas de Saúde**

Tendo em vista a avaliação da qualidade dos serviços de Odontologia de Unidades Básicas de Saúde, este estudo pode contribuir, em termos gerais, para o planejamento e a reorganização da assistência odontológica da rede básica do município do Rio de Janeiro. Os resultados obtidos, em grande parte, descritivos, possibilitam a reorientação das práticas de saúde e a definição de estratégias de intervenção. Este estudo pode ainda ser considerado um passo inicial para futuras pesquisas de avaliação de serviços de Odontologia no Brasil, e mais especificamente, no SUS, ainda tão escassas.

Primeiramente, é importante mencionar que a assistência odontológica no município do Rio de Janeiro ainda é bastante centrada no atendimento de crianças. Esta constatação é bastante preocupante, e requer esforços dos gestores no sentido de definir um modelo organizacional com ênfase na universalidade e equidade. Tal tarefa pode ser considerada bastante complexa, tendo em vista a histórica escassez de atenção odontológica para grupos não escolares. Para Córdon (1997), a questão operacional mais importante recai na identificação e priorização de grupos populacionais não privilegiados pela desigual distribuição de renda, pois estes grupos apresentam maior risco para o desenvolvimento de doenças bucais. O autor menciona ainda a importância dos estudos epidemiológicos para a identificação de prioridades, permitindo a consolidação de ações equânimes e universais nos sistemas de saúde.

Além de ser observada a elevada concentração de atendimentos odontológicos em crianças, constatou-se que algumas UBS apresentavam tempo de espera muito longo para a primeira consulta, o que caracteriza uma demanda expressiva de pacientes para

os serviços de Odontologia. Esses resultados sugerem a necessidade de discutir novos modelos de atenção em Odontologia e novas formas de organização dos serviços, com o intuito de garantir a assistência à população. De acordo com Zanetti et al (1996), seria preciso associar um conjunto de estratégias de redução de incidência e prevalência das doenças bucais a um novo modelo de programação que considerasse os princípios do SUS como integralidade, resolutividade, universalidade e equidade. Os autores afirmam ainda que é preciso considerar que tanto o processo saúde/doença como a organização dos serviços de saúde possuem determinação social, e dessa forma, o modelo de programação em Odontologia deve enfatizar ações preventivas e promocionais no sentido de modificar a situação epidemiológica, a forma de atenção e ainda resgatar a saúde bucal como condição de cidadania. Conforme observado neste estudo, as ações de promoção de saúde são realizadas em uma grande parcela das UBS, mas infelizmente em alguns casos são abordados temas relativos exclusivamente à saúde bucal.

Uma proposta promissora, embora não tenha sido objeto deste estudo, é o Programa Saúde da Família, que vem sendo implementado no município do Rio de Janeiro, e que pode contribuir significativamente para o aumento da resolutividade das ações e para o ganho de novos espaços para a realização das mesmas.

Para o enfrentamento desse problema torna-se importante ainda que seja conhecido o perfil epidemiológico de cada UBS, para permitir o planejamento das ações de saúde, a correta destinação de recursos e a definição de prioridades. É importante ainda caracterizar essa demanda e redefinir, conseqüentemente, a população alvo, de forma a repensar a natureza das práticas, os espaços para a realização das mesmas, as estratégias efetivas de territorialização e os mecanismos de acesso (Zanetti et al, 1996).

Outro aspecto importante relativo à demanda de pacientes nas UBS é a prática de agendamento das consultas, que permite maior adesão do paciente ao tratamento e diminui conseqüentemente o número de faltas, evitando tempo ocioso do profissional.

Em relação ao preenchimento dos prontuários, torna-se importante o incentivo ao correto registro das informações. Sabe-se, entretanto, que mesmo com a realização de atividades educativas específicas para melhorar a qualidade do registro junto aos profissionais, os prontuários podem conter informações incompletas, inexistentes ou mesmo ilegíveis, como foi observado por Scochi (1994) ao avaliar a qualidade do registro da rede ambulatorial da Secretaria Municipal de Maringá (PR). Dessa forma, é fundamental a discussão entre gestores e profissionais de saúde sobre estratégias para

melhorar a qualidade dos registros, tendo em vista sua importância como fonte de informação. Como foi observado neste estudo, é necessário ainda avaliar o tempo de consulta destinado aos pacientes dos serviços de Odontologia de algumas UBS, visto que uma parcela dos profissionais que responderam aos questionários considerou o tempo para o preenchimento correto dos prontuários insuficiente.

Os resultados obtidos demonstram ainda a importância de reforçar a prática de adoção de protocolos clínicos, principalmente nos casos de encaminhamento para os serviços especializados de Odontologia, no sentido de qualificar a assistência ao paciente.

### **Proposição de outros instrumentos e abordagens para avaliação da qualidade da assistência odontológica**

Como proposição de outros instrumentos para coleta de informações sobre a qualidade da assistência na área odontológica, sugere-se a realização de entrevistas com os usuários dos serviços de Odontologia de Unidades Básicas de Saúde, reconhecendo-se a importância de tal abordagem para analisar a percepção e atitudes dos pacientes em relação à assistência recebida (Held Filho, 2003; Karydis, 2001; Matos et al, 2002). Cabe ressaltar que esse instrumento já foi utilizado por uma série de estudos na área de Odontologia; entretanto, são poucas as pesquisas que associam essa abordagem com outros instrumentos, como, por exemplo, entrevistas com cirurgiões-dentistas ou avaliação de prontuários (Helminen et al, 1998; Burke & Croucher, 1996).

Zanetti et al (1996) destacam ainda a importância de se realizar permanentes pesquisas que incursionem no imaginário da população usuária dos serviços, para que se instaure um amplo e participativo processo de programação, que, reunindo saberes técnicos e não técnicos, possa recharacterizar a demanda.

Sob o ponto de vista metodológico, no caso específico do município do Rio de Janeiro, a construção de um cadastro de pacientes elegíveis para a seleção da amostra é possível a partir da utilização das informações do SIGAB, que permite a obtenção dos números dos registros dos prontuários dos pacientes.

Não foi tratado, no presente estudo, embora seja de suma importância para a qualidade da assistência odontológica, o impacto das várias formas de remuneração no comportamento dos prestadores de serviços de Odontologia. Sória et al (2002) observaram, ao analisar as consequências dos diferentes mecanismos de remuneração de

cirurgiões-dentistas, que, dependendo da forma de obtenção de lucros pelo prestador, podem ser geradas situações distintas, como por exemplo, sobretratamentos, subtratamentos, encorajamento para procedimentos de alto custo e alta complexidade, ou ainda a elaboração do plano de tratamento guiada pelos valores dos procedimentos. Os autores concluíram que, embora a qualidade da assistência seja determinada por vários fatores, devem ser consideradas pelos gestores as diferentes formas de remuneração dos profissionais para que sejam alcançados maiores níveis de efetividade e eficiência em organizações de assistência odontológica.

Também não foi tratado em profundidade nesse estudo o impacto da implantação do Programa Saúde da Família na organização dos serviços de saúde, no município do Rio de Janeiro. Esta estratégia é de suma importância, tendo em vista a possibilidade de ganhar o espaço da família, onde se pode trabalhar com a cultura política, a cultura sanitária, a cultura do cidadão que se relaciona com o serviço, impactando na resolutividade das ações de saúde (Zanetti et al, 1996). De acordo com os autores, estender a atenção às famílias é um processo que deve ser acompanhado da mais completa transformação da clínica das Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, torna-se relevante considerar o impacto desse programa na assistência das UBS.

Outra abordagem que merece destaque para a avaliação da qualidade da assistência odontológica é o estudo dos fatores que contribuem para o maior envolvimento e adesão dos profissionais nas discussões sobre novas práticas de atenção ao paciente e na reorganização dos serviços de Odontologia. De acordo com Maguerrez (1997) a adesão dos profissionais de saúde nas questões relativas à melhoria contínua da qualidade da assistência é um dos principais fatores a ser considerado para a implantação de novas formas de gerenciamento dos serviços de saúde.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação buscou avaliar a qualidade da assistência odontológica prestada a pacientes dos serviços municipais de Odontologia das Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, com base em informações referentes à cobertura de atendimento, acompanhamento do paciente, referência para serviços especializados de Odontologia, perfil demográfico e clínico dos pacientes atendidos, assim como a análise de sobrevivência do tempo de tratamento odontológico concluído.

A partir dos resultados obtidos, conclui-se que:

1. A qualidade das informações demográficas e clínicas dos pacientes a partir dos prontuários é insatisfatória;
2. Há baixa utilização dos serviços odontológicos por adultos e idosos, com grande concentração no atendimento de crianças e adolescentes
3. Em algumas UBS o tempo de espera para a primeira consulta odontológica é muito longo;
4. Os pacientes possuem prontuário único;
5. Existem mecanismos de acompanhamento dos pacientes;
6. Os pacientes são referenciados para serviços especializados de Odontologia;  
e
7. Há diferenças no tempo de tratamento odontológico concluído em relação à Área Programática (AP) da UBS.

Objetivou-se, a partir dos resultados obtidos, contribuir para a melhoria da qualidade da assistência dos pacientes dos serviços municipais de Odontologia de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, pois a identificação dos fatores que afetam a qualidade desta assistência permite subsidiar a discussão sobre estratégias de intervenção e reorientação de práticas. Foi considerada também a possibilidade de que os resultados deste estudo possam fortalecer a incorporação da avaliação como prática sistemática dos serviços de Odontologia municipais.

Esperou-se ainda produzir informação sobre a incorporação de ações relacionadas à promoção de saúde nas UBS estudadas, tendo em vista a importância desta prática para a qualidade da assistência odontológica. Sabe-se que a assistência odontológica no Brasil está ainda centrada no modelo cirúrgico-restaurador, com ênfase na realização de procedimentos. Dessa forma, a partir da obtenção de informações referentes às características desta prática nas UBS, como o número de horas semanais dedicadas a esta atividade e temas abordados, pretendeu-se contribuir para a discussão sobre a relevância da incorporação destas atividades nos serviços de Odontologia.

Em relação ao tempo para conclusão do tratamento odontológico, pensou-se na utilização da técnica de análise de sobrevida com o intuito de identificar diferenças significativas em relação à diversas variáveis, com a expectativa de possibilitar o melhor entendimento acerca dos fatores que interferem neste tempo. Os resultados obtidos a partir desta análise poderão servir como base para futuros estudos, tendo em vista que este tema ainda é pouco abordado na literatura científica odontológica.

Além disso, esperou-se fornecer subsídios para discussões sobre a qualidade do atendimento odontológico público no Brasil, contribuindo para maior aprofundamento do conhecimento nessa área, tendo em vista que ainda é bastante escassa a produção científica sobre o tema.

Os resultados demonstraram que ainda é preciso superar dois grandes desafios: (1) ampliar a cobertura a todas as faixas etárias e (2) melhorar a qualidade do registro dos prontuários. Em relação à cobertura do atendimento, torna-se fundamental o incentivo à ampliação do atendimento a todos os grupos populacionais, de forma a respeitar o princípio de universalidade do SUS. No entanto, a transformação do modelo de atenção à saúde bucal constitui-se em tarefa bastante complexa, tendo em vista que, em grande parte dos serviços de Odontologia no Brasil, a assistência ainda é restrita a escolares, seguindo um modelo curativo e paternalista. Dessa forma, torna-se fundamental a transformação das práticas de Odontologia a partir da superação do modelo assistencial atual, buscando um modelo universalizante, democrático e intersetorial.

Em relação à utilização de prontuários como fonte de informação para esta pesquisa, observou-se que eles não funcionaram de forma satisfatória como um instrumento de coleta de dados, tendo em vista que poucas informações puderam ser obtidas, principalmente em relação aos aspectos relacionados com a qualidade da

assistência odontológica. É preciso, portanto, encontrar novas estratégias que estimulem o preenchimento correto dos prontuários, de forma a possibilitar que eles possam ser instrumentos importantes tanto no âmbito interno da UBS como fonte de informação para pesquisas.

A utilização de entrevistas e questionários possibilitou a obtenção de expressivo conhecimento sobre aspectos da assistência odontológica, e muitas informações coletadas não poderiam, inclusive, ser obtidas a partir dos prontuários. Merecem destaque as entrevistas com as Chefias de Odontologia, que também possibilitaram o conhecimento de experiências para além dos objetos deste estudo.

Sobre a utilização dos indicadores de saúde bucal, foi verificada a sua relevância como mecanismo de monitoramento das ações realizadas na UBS, mas sugeridos novos indicadores pertinentes a aspectos da assistência como cobertura, referência para serviços especializados e adesão do paciente ao tratamento. A utilização dos indicadores como instrumento de coleta não permitiu a obtenção de maiores informações sobre o atendimento clínico e atividades coletivas, pois não foi possível a coleta de dados referentes a todas as Unidades.

Ainda sobre a utilização de instrumentos de coleta de dados, conclui-se que, para melhor conhecimento sobre a qualidade da assistência odontológica, é necessário o uso de diferentes instrumentos, tendo em vista a complexidade do tema. Sugere-se também a incorporação de entrevistas com os pacientes e com toda a equipe de saúde bucal, com o intuito de contribuir para melhor conhecimento da realidade local.

Embora não tenha sido objeto deste estudo, seria interessante também incorporar a avaliação de informações que podem ser obtidas a partir do Sistema de Informação atualmente utilizado pelo sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro (SIGAB), com o intuito de gerar conhecimento que possa ser utilizado pelos gestores em processos de tomada de decisão.

Por fim, torna-se necessário maior incentivo à realização de estudos voltados para a avaliação da assistência odontológica no Brasil, tendo em vista que as informações obtidas poderão auxiliar nos processos de tomada de decisão, planejamento, distribuição de recursos e priorização das ações em saúde bucal.

## Referências Bibliográficas

Adelson R. Total quality management: Achieving service excellence. *Compendium* 1997; 18(1):15-26

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(2): 335-6

Almeida HMS. Programa de qualidade do Governo Federal aplicado à Saúde. *Revista de administração em saúde RAS* 2001; 3(12): 5-8

American Academy of Pediatric Dentistry. Quality Assurance Criteria for Pediatric Dentistry. *Pediatric Dentistry* 1997; 19(7): 86-102

Bader JDB, Shugars DA. Variation Treatment Outcomes, and Practice Guidelines in Dental Practice. *Journal of Dental Education* 1995; 59(1): 61-95

Bailit HL. Quality Assurance in General Dentistry (Part I). *The Compendium on Continuing Education* 1980; 1(1): 50-5

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 709-17

Binkley CJ. Outcomes assessment in general practice residency programs. *SCD Special Care in Dentistry* 1997; 17(5): 169-74

Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de administração em saúde RAS* 2004; 6(22): 15-18

Boing, AF et al. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Caderno de Saúde Pública*, 2005; 21 (3): 673-678

Botazzo, C. Novas abordagens em saúde bucal – a questão da integralidade . In Garcia DV, organizadora. *Novos Rumos da Saúde bucal: os caminhos a integralidade*. Rio de Janeiro: ABO-RJ, ANS, UNESCO; 2005. p. 43-47.

Bouckoms, AA. Quality effectiveness issues related to oral health, 1995; 33(11): 123-42.

Brothwell DJ. Quality Assurance in the Dental Profession. Journal of the Canadian Dental Association 1998; 64(10): 726-731

Camacho LAB, Rubin HR. Reliability of medical audit in quality assessment of medical care. Caderno de Saúde Pública 1996; 12 suppl. 2: 85-93

Camargo et al. Saúde Bucal no Município de Curitiba. Divulgação em Saúde, 13 (Julho), 1996.

Campos MR, Leal MC, Souza Jr PR, Cunha CB. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do Estudo de Morbi-mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública 2004; 20 supl 1: 34-43

Casas MJ, Kenny DJ, Johnston DH. Experience of 2 Dental Clinics Registered to ISO 9002; Journal of the Canadian Dental Association 2003; 69(4): 215-18

Chambers DW. TQM: The Essential Concepts. Journal of the American College of Dentists 1998; 65(2): 6-13

Chaves, MM. Odontologia Social. Rio de Janeiro: Labor do Brasil S.A., 1977.

Clouse HR. The impact of managed care in dentistry. General Dentistry 1999; 47(2): 210-16

Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1993. Disponível em URL: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios>

Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em URL: [http://conselho.saude.gov.br/conferencia/Saude\\_Bucal/Rel\\_Final\\_CNSB.pdf](http://conselho.saude.gov.br/conferencia/Saude_Bucal/Rel_Final_CNSB.pdf)

Cordeiro HC, Noronha JC, Rosa MLG. Princípios e novas bases metodológicas para o aprimoramento da qualidade no sistema de saúde. Saúde em foco, 2001; 21: 21-34.

Córdon, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Caderno de Saúde Pública 1997;13: 557-63

- Córdon, J. A saúde bucal e a municipalização da saúde. *Saúde Debate* 1991, 32:60-5
- Corkey B, Freeman R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. *Journal of Dentistry for Children* 1994 july-august: 267-71
- Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência de descentralização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 907-23
- Cox, DR. Regression models and life tables. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B* 1972; 34: 187-220.
- Croucher, R. & Burke, L. Criteria of good dental practice generated by general dental practitioners and patients. *International Dental Journal*, 1996; 46(1): 3-9.
- Damiano PC, Shugars DA, Freed JR. Assessing Quality in Dentistry: Dental Boards, Peer Review Vary on disciplinary actions. *JADA – Journal of the American Dental Association* 1993; 124: 113-131
- Davenport CF, Elley KM, Fry-Smith A, Taylor-Weetman CL, Taylor RS. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. *British Dental Journal* 2003, 195(2):87-98
- Davies L, Durning P. Practice Management Forum – Quality Managing in Practice - using ISO 9002. *BJO* 1997; 24(3): 272-5
- Demo P. Educação e Qualidade. Campinas: Editora Papyrus, 2000.
- Dolan TA . Research Issues Related to Optimal Oral Health Outcomes. *Medical Care* 1995; 33(11): 106-23
- Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114: 1115-18
- Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its assessment, In: Explorations in quality assessment and monitoring, Michigan: Health Adm. Press, V. I, cap.1 e 3.
- Evidence-Based Medicine working group. Evidence-Based Dental Health Care: A New Approach to Teaching the Practice of Health Care. *Journal Dental Education* 1994; 58(8): 648-53

Faine MP, Oberg Donna. Snacking and oral health habits of Washington state WIC children and their caregivers. *Journal of Dentistry for Children* sep/dec 1994: 350-355

Filho, AH. Incorporando a percepção do paciente na avaliação do tratamento odontológico (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2003.

Fonseca, AF. Avaliação da atenção a pessoas com HIV/AIDS em Centros Municipais de Saúde – Rio de Janeiro (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

Frazão P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal. *Rev Odontol. Univ. São Paulo* 1998, 12(4): 329-336

Fredekind RE, Cuny EJ, Nadershahi NA. Quality assurance and risk management: a survey of dental schools and recommendations for integrated program management. *Journal of Dental Education* 2002; 66(4): 556-63.

Freeman L, Martin S, Rutenberg G, Shirejian P, Skarie M. relationships between def, demographic and behavioral variables among multiracial preschool children. *Journal of Dentistry for Children* 1989 may-june: 205-210

Freire MCM, Melo RB, Silva SA. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO. Brazil. *Common Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 357-61

Gattinara, BC, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia, *Cadernos de Saúde Pública*, 1995; 11: 425-38.

Gillscrib JA, Brumley DE, Balckford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *Journal of the American Dental Association* 2001; 132(2): 216-222

Glassman Paul. Accreditation issues in post-doctoral general dentistry programs. *SCD Special Care in Dentistry* 1999, 19(1):15-19

Goldstein RE. Managed care in dentistry. *Quintessence International* 1997; 28(3): 210-17

Gomes MAM. & Hartz Z. Avaliação e gestão municipal de saúde, *Saúde em foco*, 2001; 21: 7-20.

Gong CC. Managed dental care in the HMO setting. *Managed Care* 1995; 1:16-20

Hájek, J. Limiting distribution in simple random sampling from a finite population. *Publications of the Mathematics Institute of the Hungarian Academy Science* 1960; 5:361-374.

Harr R. TQM in dental practice. *International Journal of health Care Quality Assurance* 2001; 14(2): 69-81

Hartz, ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Editora FIOCRUZ, 1997 (2ª reimpressão).

Hartz, ZMA & Gomes, MASM. Avaliação e gestão municipal de saúde. *Saúde em foco*, 2001; 21: 7-19.

Health Services Research Group. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? *Journal of the Canadian Dental Association* 1992; 146(12): 2153-8

Health Services Research Group. Quality of care: 2. Quality of care studies and their consequences. *Journal of the Canadian Dental Association* 1992; 147(2): 163-7

Helminen SE, Vehkalahti M, Murtooma H, Kekki, Ketomaki TM. Quality evaluation of oral health record-keeping for Finnish young adults. *Acta Odontol. Scand* 1998; 56: 288-92.

Helminen SE, Vehkalahti M, Murtooma H. Dentists' perception of their treatment practices versus documented evidence. *Int Dent J.* 2002 Apr;52(2):71-4.

Hernandez JB, Coulter I, Goldman D, Freed J, Marcus M. Managed Care in Dental Markets: Is the Experience of Medicine Relevant? *Journal of Public Health Dentistry* 1999; 59(1): 24-32

Institute of Medicine (U.S.); Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines; Field MJ, Lohr KN (editors). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1998. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD - Disponível em URL:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2003. Pesquisa Nacional Amostra por Domicílios – PNAD - Disponível em URL:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/>

Ireland RS, Harris RV, Pealing R. Clinical record keeping by general dental practitioners piloting the Denplan “Excel” Accreditation Programme. *British Dental Journal* 2001; 9(5): 260-3

Ireland RS. Clinical quality assurance indicators for oral status and treatment of a group of older adults. *British Dental Journal*, 1998; 185(4), 192-5.

Ireland RS. Initial experience of the ORATEL computerised information tools in general practice, 1996; 181: 289-95.

Ismail AI, Bader JD. Evidence-based dentistry in clinical practice. *JADA – Journal of the American Dental Association* 2004; 135: 72-83

Jerge CR, Orłowski, RM. Quality assurance and the dental record. *Dental Clinics of North America*, 1985; 29(3): 483-97.

Juhas R. Utilização de indicadores para avaliação da estrutura, dos processos internos e dos resultados em assistência à saúde bucal (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2002.

Kenny DJ, Conway RM, Johnston D, The Development of ISO 9002 Quality Management Standards for Canadian Dental Practices. *Journal of the Canadian Dental Association* 1999. 65(2): 105-8

King ME. The Role of the Skill-Trained Volunteer in International Public Health: Peace Corps’ Health Programming Health Policy in Developing Countries. *AJPH* 1981; 71:408-12

Kleinbaum, DG. *Survival Analysis: A Self-Learning Text*. New York: Springer, 1995.

Kuffinec M, Matasa CG. Litigation, Legislation, and Ethics- ISO 9002 Certification; *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2000: 583-5

Leake JL, Main PA, Woodward GL. Report on the RCDS-CDHSRU Workshop on Developing Clinical Guidelines/Standards of Practice. *Journal of the Canadian Dental Association* 1996; 62(7):570-7

Leake JL, Main PA, Woodward GL. The Quality Assurance Workshop in Dentistry- Introduction to the Quality Assurance Workshop in Dentistry: Why Dental Educators need to learn how to develop Practice Guidelines. *Journal Dental Education* 1994; 58(8): 610-12

Lotufo M & Duarte EC. Avaliação dos serviços de saúde do município de Cáceres, MT (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 1987; 21(5): 427-38

Low SB. Incorporating quality management into dental academics: a case report. *Journal of the American College of Dentists* 1998:29-32

Maguerez G. Counterpoint: Integrating CQI in Health Organizations: Perspectives. *International Journal for Quality in Health Care* 1997; 9(1): 5-6

Marcus M, Coulter ID, Freed JR, Atchison KA, Gershen JA, Spolsky VW. Managed care and dentistry: promises and problems. *JADA – Journal of the American Dental Association* 1995; 126:439-446

Marshall K. Records and radiographs: the essential tool for quality assurance in primary dental care. *Dentomaxilofacial Radiology* 1997; 26: 77-8

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Revista Saúde Pública* 2002; 36(2): 237-43

Mattila ML, Rautava P, Paunio P, Ojanlatva A. Children's dental healthcare quality using several outcome measures. *Acta Odontol Scand*, 2002; 60: 113-6.

Mattos, RAD. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. ; Mattos RAD. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2001; p.180.

McCulloch CAG. Can Evidence-Based Dental Health Care Assure Quality? *Journal Dental Education* 1994; 58(8): 654-56

Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanhiera ERL, Alves MTSB, Burchalla CM, et al. Evaluation of the organizational structure of HIV/AIDS outpatient care in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(1): 143-151

Ministério da Saúde: Programa Brasil Sorridente, Brasília, março de 2004. Disponível em URL: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil\\_sorridente.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php)

Ministério da Saúde: Projeto SB Brasil: Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, agosto de 2004. Disponível em URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>

Ministério da Saúde: Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social), Brasília, agosto de 2004.

Moraes AB, Ambrosano GMB, Possobon RF, Costa Junior AL. Fear assessment in brazilian children: the relevance of dental fear. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; 20(3): 289-294

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Caderno de Saúde Pública* 2005; 21(6): 1665-75

Morgan RG. Quality evaluation of clinical records of a group of general practitioners entering a quality assurance programme, *British Dental Journal*, 2001; 191(8): 436-41.

Morganstein WM. Competencies and Accreditation in Postdoctoral General Dentistry Programs: Agents or Sources of Stagnation? *Journal of Dental Education* 1994; 58(9):709-12

Morris AL, Vito AA, Bomba MR, Bentley JM. The impact of a quality assessment program on the practice behavior of general practitioners: a follow-up study. *JADA – Journal of the American Dental Association* 1989; 119:705-9

Moyses SJ. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em Saúde Bucal no Brasil. . In Garcia DV, organizadora. *Novos Rumos da Saúde bucal: os caminhos a integralidade*. Rio de Janeiro: ABO-RJ, ANS, UNESCO; 2005. p. 48-64

Nainar H. Evidence-based dental care – a concept review. *Pediatric Dentistry* 1998; 20(7): 418-21

Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? . In Garcia DV, organizadora. Novos Rumos da Saúde bucal: os caminhos a integralidade. Rio de Janeiro: ABO-RJ, ANS,UNESCO; 2005; p. 28-42

Neto, AQ. Acreditação de organizações de saúde: a importância dos médicos na segurança da assistência e dos consumidores. Revista Administração em Saúde 2001;3 (11): 26-30.

Normand ST, Glickman ME, Sharma RG, McNeil BJ. Using admission characteristics to predict short-term mortality from myocardial infarction in elderly patients. Results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1996; 275:1322-8.

Noronha JC, Travassos CN, Rosa, IMG. Iniciativas em qualidade no Brasil. Ensaio, Avaliação em Políticas públicas em Educação 2000; Número especial 8: 61-72.

Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2004; 20 (supl. 2): 147-157.

Pedrosa JTS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35:303-11.

Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização de saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciência e Saúde Coletiva 2003; 8(2): 599-610.

Peres KGAP, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Revista de Saúde Pública 2000; 34(4): 402-8

Pessoa DGC & Silva PLN. Análise de Dados Amostrais Complexos. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 1998.

Pitts NB. Oral health assessment in clinical practice-New perspectives on the need for a comprehensive and evidence based approach. British Dental Journal 2005; 198(5): 317

Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: S Rozenfeld, Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p.259-69.

Portela MC. Diretrizes Clínicas como Instrumento de Melhoria da Qualidade da Assistência Suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. *Regulação e Saúde - Documentos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar*; vol.3,2004. p.178-210.

Ramos, DD & Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 8: 27-34.

Reis E, Santos F, Campos F, Acúrcio F, Leite MT, Leite ML, Cherchiglia M, Santos M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1990; 6(1): 50-61.

Rivera FJU. Por um contraponto teórico-metodológico entre o planejamento estratégico-situacional (PES) e o controle da qualidade total (T.Q.C.) na saúde pública. Rio de Janeiro:UERJ/ IMS 1995

Roeters J, Burgersdijk R, Truin GJ, Hof M. Dental caries and its determinants in 2-to-5-year-old children. *Journal of Dentistry for Children* nov/dec 1995: 401-408

Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação coletiva* 1999; 2: 9-14

Rosa AGF, Lia Neto J, Serio HB. Avaliação da assistência odontológica no sistema local de saúde de São José dos Campos, SP. *Revista Divulgação Saúde em Debate* 1991; 6: 55-60

Rotta CSG, Palocci PA, Rocha FLR, Pereira RM, Bittar OJNV. Diretriz: metas e medidas para obtenção da qualidade do prontuário. *Revista de administração em saúde RAS* 2003; 5(20): 17-22

Saito SK, Usberti HM, Santos MN. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em Pré-escolares de 18 a 48 meses. *Rev Odontol. Univ. São Paulo* 1999, 13(1): 05-11

Schiesari LMC, Kisil Marcos. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de Administração em Saúde RAS* 2003; 3(18): 7-17

Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 191: um exercício de avaliação. Cadernos de Saúde Pública 1994; 10(3): 356-67

Skenkin J. The future of dental managed care in the US. Health Policy 1999; 47: 225-239

SMS/RJ – Riso do Rio. Indicadores de Qualidade dos Serviços de Odontologia, 2000, 1ª edição.

Soria ML, Bordin R, Costa Filho LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. Caderno de de Saúde Pública 2002; 18(6): 1551-9

Stephens RG, Kogon SL, Bohay RN. Current Trends in Guideline Development: A Cause for Concern. Journal of the Canadian Dental Association 1996; 62(2): 151-8

Toplis JW The accreditation process of an Australian health fund's dental center. British Dental Journal 2002; 192(2): 71-73

Turchi LM. Qualidade Total: Afinal do que estamos falando?. Brasília IPEA 1997. p.1-40

Uchimura, KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2002; 18(6): 1561-9

Vehkalahti M, Rytomaa, I, Helminen S. Assessment of quality of public oral health care on the basis of patient record. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20:102-5.

Viana, MCR. Avaliação da qualidade dos serviços odontológicos: o atendimento prestado pelo setor público aos escolares de Belo Horizonte (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 1989.

Vicelli SMC. A inserção do processo saúde/doença bucal na promoção de saúde e qualidade de vida (uma visão distrital). Revista Divulgação Saúde em Debate 1996; 13: 66-9

Vuori H. A Qualidade da Saúde (originalmente apresentado com o título Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde – Aspectos Metodológicos). OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Brasil; 1988. p. 17-25

Vuori, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 1991; 3: 17-24.

Waterman BD. Profile of TQM in a Dental Practice. *Journal of the American College of Dentists* 1998; 65(2): 14-18

Watt RG The role of users in improving the quality of dent. *Community Dental Health* 1992; 10: 89-93

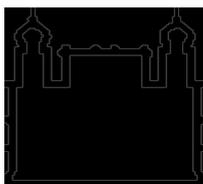
White AB. Oral health outcomes and evidence-based care. *Pediatric Dentistry* 1998; 20(3): 214-16

Woodward GL, Leake JL, Main PA. Oral health and family characteristics of children attending private or public dental clinics. *Common Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:253-9

Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Revista Divulgação Saúde em Debate* 1996; 13: 18-35

**ANEXO I. Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro selecionadas por Área programática**

AP	Unidade
1.0	CMS Ernani Agrícola
1.0	CMS Marcolino Candau
2.1	CMS Dom Hélder Câmara
2.1	CMS João B. Barreto
2.2	PAM Hélio Pellegrino
2.2	CMS Maria A . Estrela
3.1	CMS Américo Veloso
3.1	CMS Nécker Pinto
3.2	CMS Ariadne Lopes
3.2	CMS Eduardo A . Leite
3.3	CMS Carlos Cruz Lima
3.3	CMS Nascimento Gurgel
4.0	CMS Cecília Donnangelo
4.0	CMS Jorge Saldanha
5.1	CMS Henrique Monat
5.1	CMS Masao Goto
5.1	CMS Waldyr Franco
5.2	CMS Edgar M. Gomes
5.2	CMS Manoel de Abreu
5.2	CMS Pedro Nava
5.3	CMS Cyro de Mello
5.3	CMS João Batista Chagas
5.3	CMS Waldemar Berardinelli
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>23</b>



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa sobre Avaliação da Qualidade da Assistência Odontológica municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Você foi selecionado por ser o chefe do serviço de Odontologia desta unidade básica de saúde e sua participação não é obrigatória.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a unidade de saúde ou com o município.

Os objetivos deste estudo são (1) Avaliar a qualidade da assistência odontológica nas unidades municipais básicas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro; (2) Identificar fatores explicativos do tempo entre início e conclusão do tratamento odontológico nas referidas unidades; e (3) Identificar fatores explicativos de variação nos resultados da assistência odontológica nas unidades consideradas, levando em conta a ocorrência de tratamento com conclusão adequada, com conclusão inadequada e abandono.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionário a ser aplicado pela própria pesquisadora

Não há riscos em sua participação nesta pesquisa, visto que asseguramos que todas as informações prestadas serão confidenciais e sua divulgação será feita em conjunto com as obtidas nas demais entrevistas e de forma que não permitirá sua identificação, além de sua participação ser mantida em sigilo.

Os benefícios relacionados com a sua participação são indiretos e decorrentes de ações que possam a ser tomadas para a melhora das condições de atendimento odontológico em nosso município.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Simone Fabiano Mendes

Pesquisador Principal

Escola Nacional de Saúde Pública/ Manguinhos

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - 7º Andar/ Sala 724/ Telefone 25982858

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, de de 200

---

Entrevistado

## ANEXO III – Entrevista com a Chefia de Odontologia

### 1. Monitoramento dos pacientes inscritos

- a) Existem mecanismos de controle que permitam o acesso às informações como acompanhamento e abandono do tratamento?

€ Sim

€ Não

### 2. Regulação do acesso

- a) Qual o tempo médio de espera da primeira consulta?

€ até 7 dias    € entre 8 e 30 dias    € entre 31 e 60 dias    € mais de 60 dias

- b) Existem mecanismos de agendamento para os pacientes?

€ Sim

€ Não

- c) O cirurgião-dentista promotor de saúde participa do agendamento?

€ Sim

€ Não

- d) Existem mecanismos de agendamento que consideram as prioridades para atendimento?

€ Sim

€ Não

- e) Qual o tempo médio de espera para consultas de urgência

€ horas

€ dias

€ semanas

### 3. Documentos de registro de consultas

- a) Existe um prontuário único para o paciente?

€ Sim

€ Não

- b) Considera o tempo de consulta suficiente para que haja preenchimento correto dos dados do prontuário?

€ Sim

€ Não

#### 4. Recursos Humanos

- a) Composição da Equipe de Saúde Bucal (Número de Cirurgiões-dentistas, Técnico em higiene dental e Auxiliar de consultório dentário)

€ CD, THD e ACD

€ CD e THD

€ CD e ACD

€ CD

- b) Atividades desenvolvidas pela THD da Unidade:

€ Promoção de saúde

€ IHO e aplicação de flúor

€ Atendimento clínico (raspagem, profilaxia, etc)

€ Outros

#### 5. Disponibilidade de equipamentos para a realização dos procedimentos odontológicos

- a) Condições de uso dos equipamentos

€ Boa

€ Regular

€ Ruim

- b) Condições de uso dos equipamentos necessários para esterilização

€ Sim

€ Não

- c) Instrumental necessário em número suficiente

€ Sim

€ Não

- d) Existe aparelho de RX na Unidade?

€ Sim

€ Não

#### 6. Fornecimento de medicamentos

- a) Há o fornecimento de medicamentos considerados fundamentais (analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos)

€ Sim

€ Não

## 7. Ações de Promoção de Saúde

a) Atuação do cirurgião-dentista em atividades de promoção de saúde

Sim

Não

b) Número de horas dedicadas à promoção de saúde: \_\_\_\_\_ horas

c) Realização do tratamento restaurador atraumático (TRA) fora do consultório odontológico?

Sim

Não

d) Há o fornecimento de kits odontológicos para os pacientes?

Sim

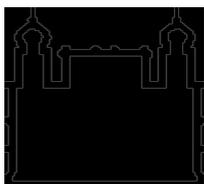
Não

e) Abordagem de outros temas não referentes exclusivamente à saúde bucal

Sim

Não

## **ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cirurgiões-dentistas das UBS**



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa sobre Avaliação da Qualidade da Assistência Odontológica municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Você foi selecionado por sorteio dentre os dentistas desta unidade que trabalham em clínica odontológica e sua participação não é obrigatória.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a unidade de saúde ou com o município.

Os objetivos deste estudo são (1) Avaliar a qualidade da assistência odontológica nas unidades municipais básicas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro; (2) Identificar fatores explicativos do tempo entre início e conclusão do tratamento odontológico nas referidas unidades; e (3) Identificar fatores explicativos de variação nos resultados da assistência odontológica nas unidades consideradas, levando em conta a ocorrência de tratamento com conclusão adequada, com conclusão inadequada e abandono.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionário a ser aplicado pela própria pesquisadora

Não há riscos em sua participação nesta pesquisa, visto que asseguramos que todas as informações prestadas serão confidenciais e sua divulgação será feita em conjunto com as obtidas nas demais entrevistas e de forma que não permitirá sua identificação, além de sua participação ser mantida em sigilo.

Os benefícios relacionados com a sua participação são indiretos e decorrentes de ações que possam a ser tomadas para a melhora das condições de atendimento odontológico em nosso município.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Simone Fabiano Mendes

Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - 7º Andar/ Sala 724 / Mangunhos

Telefone 25982858

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, de \_\_\_\_\_ de 2005

---

Entrevistado

**ANEXO V – Questionário para os Cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde municipais da Cidade do Rio de Janeiro**

**Questionário para os Cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde municipais da Cidade do Rio de Janeiro**

1. Em relação ao tempo destinado à realização do atendimento odontológico de cada paciente, considera este:

- Suficiente
- Insuficiente

2. Você expõe o plano de tratamento e explica os procedimentos que serão realizados ao paciente?

- Sim
- Não

3. Considera ter tempo necessário para o preenchimento do prontuário e outras fichas necessárias?

- Sim
- Não

4. Realiza a Técnica Restauradora Atraumática (TRA) modificada?

- Sim
- Não

5. Os protocolos que orientam a conduta clínica do profissional são disponibilizados para a Unidade de Saúde?

- Sim
- Não

6. Se disponibilizados, procura seguir as orientações desses protocolos?

- Sim

Não

7. Quais os fatores você considera mais importantes na provisão de um atendimento odontológico de qualidade? Ordene de 1 (mais importante) a (menos importante).

- \_\_\_ Relação profissional/paciente
- \_\_\_ Qualificação do cirurgião-dentista
- \_\_\_ Habilidade técnica do cirurgião-dentista
- \_\_\_ Explicação sobre os procedimentos que serão realizados
- \_\_\_ Equipamentos e materiais adequados
- \_\_\_ Carisma da equipe de saúde bucal
- \_\_\_ Tempo destinado ao atendimento
- \_\_\_ Equipe de saúde bucal completa

8. Dentre as principais dificuldades encontradas durante o atendimento odontológico, quais você considera mais relevantes e que podem repercutir na qualidade da atenção? Ordene de 1 (mais relevante) a 5 (menos relevante).

- \_\_\_ Instrumental em número insuficiente
- \_\_\_ Material de consumo em número insuficiente
- \_\_\_ Abandono do paciente
- \_\_\_ Tempo destinado para o atendimento
- \_\_\_ Ausência de pessoal auxiliar