



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES



Paulo Roberto Alves da Silva

**Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa
Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade
e aspectos contextuais relevantes.**

RECIFE
2008

PAULO ROBERTO ALVES DA SILVA

Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em ciências.

ORIENTADOR:
Prof. Dr. André Monteiro Costa

Recife
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586a Silva, Paulo Roberto Alves da.
Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes / Paulo Roberto Alves da Silva. — Recife: P. R. A. da Silva, 2008.

176 p. : il., tabs.

Dissertação (mestrado em saúde pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Orientador: André Monteiro Costa.

1. Programa Saúde da Família. 2. Avaliação de Programas e projetos de saúde. 3. Qualidade da assistência à saúde. I. Costa, André Monteiro. II. Título.

CDU 614.39

PAULO ROBERTO ALVES DA SILVA

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. André Monteiro Costa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr^a Cecile Soriano
Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE

Dr^a Ide Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

A *D. Marlene* que sempre fez a
diferença na nossa formação.

AGRADECIMENTOS

Ao **Dr. André Monteiro Costa**, pela tranqüila e competente orientação.

Às **Dr^{as}. Rejane Ferreira e Cecile Soriano** pelas contribuições na qualificação do projeto.

Aos **Docentes** do CPQAM/FIOCRUZ.

Ao **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**, e em especial ao **NESC** do qual fui aluno da Residência. Esta casa teve um papel fundamental na minha vida, não só na formação intelectual e profissional, mas pessoal. Muito obrigado!

Aos colegas de turma do mestrado, especialmente a **Aparecida (Cida)** e **Rossana (Lindinha)**. Juntos, desenvolvemos o método de “triangulação das angústias”.

Aos **colegas do doutorado**, com os quais dividimos momentos importantíssimos de reflexão e aprendizado. Um dia chegaremos lá!

Aos colegas da Secretaria de Saúde do Recife (diga-se **Diretoria Geral de Planejamento e Gestão**), pela liberação e pelo apoio ao longo do mestrado. Agradecimento especial a Vanessa, pela produção dos mapas desta dissertação.

Aos Coordenadores de Saúde Bucal dos Distritos Sanitários (**Marluce, Paulo, Eliane, Ana Carla, Waleska e Ana Lúcia**), que muito me ajudaram na fase de coleta dos dados junto às equipes de saúde bucal.

Aos **Gestores e cirurgiões-dentistas** do Recife, por terem participado da pesquisa como atores, e por acreditarem na construção de uma cidade melhor.

Às minhas mulheres (Emílias), **Willma** e **Maria**, que mesmo queixando-se do meu cansaço ou ausência, sempre me deram todo o apoio.

Aos queridos **Familiares**...

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

RESUMO

A estrutura de atendimento em saúde bucal no Recife aumentou significativamente, nos últimos sete anos, a partir da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF). Desde então, tornou-se premente a necessidade de intensificar os esforços destinados à melhoria da qualidade desses serviços e das práticas de saúde bucal. Dessa forma, o presente estudo visou avaliar o nível de qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do município, considerando-se os seus determinantes contextuais. Trata-se de um estudo avaliativo com duas partes bem definidas: parte avaliação normativa (quantitativo e descritivo) e parte pesquisa avaliativa (qualitativo e exploratório). Para isso, foram aplicados questionários contendo padrões de qualidade da AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade no Saúde da Família do Ministério da Saúde), junto às ESB, a fim de mensurar o nível de qualidade da atenção odontológica. Além disso, foi realizada entrevista semi-estruturada com alguns interlocutores-chave para analisar a influência do contexto da implantação das ESB no PSF. Para esta etapa também foi realizada análise documental. A análise do contexto objetivou identificar elementos contextuais que pudessem explicar o nível de qualidade observado. Os resultados indicaram um bom nível de qualidade da atenção à saúde bucal do PSF do Recife, sendo que este resultado foi fortemente influenciado pelos padrões de menor complexidade (padrões E, D e C), em detrimento dos padrões de excelência (A e B). Além disso, o componente da gestão demonstrou uma maior participação neste resultado do que o das equipes. Não foi observada diferença significativa no nível de qualidade entre os Distritos Sanitários, todos foram “REGULARES” quando avaliados em relação a todos os tipos de padrão de qualidade juntos (A, B, C, D e E). Agora, quando avaliado por tipo de padrão, separadamente, algumas diferenças ficaram evidentes. A partir da análise do contexto foram identificados elementos contextuais (políticos, técnicos e administrativos) que influenciaram positiva e negativamente a implantação das ESB no PSF, e que por certo explica o atual padrão de qualidade. No entanto, não foi possível atribuir uma relação direta entre o nível de qualidade específico de cada Distrito e os citados elementos uma vez que não houve diferença significativa entre os níveis de qualidade (mais geral) da atenção à saúde bucal no PSF entre os distritos.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Qualidade em Saúde; Avaliação em Saúde.

SILVA, P. R. A. *Evaluation the oral health attention the primary health care in Recife: level of quality and relevant contextual aspect*. 2008. Dissertation (Public health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The structure of the attending in buccal health in Recife has increased, significantly, in the last seven years, from the inclusion of Buccal Health Teams (BHT) in the Program of Family Health (PFH). With this quantitative increase, it has become imperious the need to intensify the efforts intended for the improvement of these services qualities and the practices of buccal health. Therefore, the present study aimed at evaluating the level of quality of the attention to buccal health in the PFH of the municipality, considering its contextual determinants. It is an evaluative study with two well defined parts: normative evaluation part (quantitative and descriptive) and evaluation research part (quantitative and descriptive). For this purpose, questionnaires containing quality standard from EIQ (Evaluation for the Improvement of Quality in Family Health from the Ministry of Health) were applied, alongside the BHT, in order to measure the quality level of odontological attending. Besides that, it was performed a semi-structured interview with some key-interlocutors, to analyze the influence of the implantation context of BHT in the PFH. For this stage, it was also performed a documental analysis. The analysis of the context intended to identify contextual elements that could explain the quality level observed. Results indicated a good quality level of the attention to buccal health of the PFH of Recife, once this result has been strongly influenced by the standard of smaller complexity (Standards E, D and C), to the detriment of the excellence standards (A and B). Besides, the management component demonstrated a greater participation in this result than that of the teams. A significant difference in the level of quality among the Sanitary Districts was not observed. All were “REGULARS” when evaluated in relation to all kinds of quality standards together (A, B, C, D and E). However, when evaluated by kind of standard, separately, some differences became evident. From the analysis of the context, it was identified contextual elements (political, technical and administrative) which have influenced positive and negatively, the implantation of BHT in the PFH, and that, certainly, explains the present quality standard. Nevertheless, it was not possible to attribute a direct relation between the specific quality level of each District and the mentioned elements, once there was no significant difference between the quality levels (more general) of the attention to buccal health in the PFH among the districts.

Key-Words: Program of Family Health; Quality in Health; Evaluation in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Pesquisa e Avaliação	40
Figura 2	A Pesquisa Normativa	41
Figura 3	A Pesquisa Avaliativa	41
Quadro 1	Unidades, dimensões e subdimensões de análise, conforme proposta metodológica do AMQ.	47
Figura 4	Divisão territorial do Recife por Regiões político-administrativas e microrregiões. Recife – 2005.	51
Figura 5	Organograma Secretaria de Saúde – Gabinete, Recife – 2007.	53
Figura 6	Organograma Distrito Sanitário, Recife – 2007.	53
Quadro 2	Unidades, dimensões e subdimensões de análise, conforme proposta metodológica do AMQ, que possuem relação direta a atenção à saúde bucal.	58
Gráfico 1	Distribuição das conformidades em relação aos padrões “A”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.	64
Gráfico 2	Distribuição das conformidades em relação aos padrões “B”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.	65
Gráfico 3	Distribuição das conformidades em relação aos padrões “C”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.	65
Gráfico 4	Distribuição das conformidades em relação aos padrões “D”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.	66
Gráfico 5	Distribuição das conformidades em relação aos padrões “E”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.	67
Gráfico 6	Distribuição das conformidades a todos os padrões, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.	67
Gráfico 7	Distribuição das conformidades por tipo de padrão, no âmbito das equipes de saúde bucal, no Recife. Recife -2007.	68
Gráfico 8	Distribuição das conformidades por tipo de padrão, no âmbito da gestão no Recife. Recife -2007.	69
Gráfico 9	Dotação orçamentária dos recursos próprios (tesouro municipal) aplicados na saúde. Recife 2000-2007.	72
Gráfico 10	Dotação orçamentária dos recursos do SUS, Convênios e outras fontes,	73

aplicados na saúde. Recife 2000-2007.

Gráfico 11	Percentual de recursos próprios aplicados na saúde de acordo com a Emenda Constitucional 29 (EC-29). Recife 2000-2007.	74
Figura 7	Distribuição das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais em relação às áreas pobres do Recife. Recife, 2005.	77
Figura 8	Distribuição das Equipes de Saúde Bucal por Distrito Sanitário, por bairro e relação com áreas pobres do Recife (ZEIS). Recife – meados de 2007.	100

Tabela 1 -	Número de habitantes, de ESF, ESB, cobertura populacional e proporção ESB/ESF por distrito sanitário do Recife – Março, 2007.	15
Tabela 2 -	Distribuição do número de cirurgiões-dentistas por distrito e percentual de participação na pesquisa. Recife – 2007.	54
Tabela 3 -	Distribuição dos padrões de qualidade segundo estágio de desenvolvimento e unidade de análise.	58
Tabela 4 -	Valores percentuais (frequência relativa) do grau de qualidade e seus níveis de qualidade correspondentes.	60
Tabela 5 -	Distribuição das conformidades por tipo de padrão e por distrito sanitário. Recife.	68
Tabela 6 -	Distribuição do número de Unidades de Saúde da Família, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde bucal e Unidades Básicas Tradicionais implantadas no Recife, durante o período 2000-2007.	81
Tabela 7 -	Distribuição do número de Equipes de Saúde Bucal implantadas por Distrito Sanitário e por ano no Recife, e razão entre população estimada ^A e ESB. Recife, 2001 - 2007.	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO – Associação Brasileira de Odontologia
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade
BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAA – Coordenação de acompanhamento e avaliação
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CF – Constituição Federal
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CI – Comunicado Interno
CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CRO – Conselho Regional de Odontologia
DAB – Departamento de Atenção Básica
DAS – Diretoria de Atenção à Saúde
DAS – Diretoria Administrativa Setorial
DGT – Diretoria de Gestão do Trabalho
DPG – Diretoria de Planejamento e Gestão
DR – Diretoria de Regulação
DS – Distrito Sanitário
DVS – Diretoria de Vigilância à Saúde
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GB – Giga Byte
GQASBE - Grau de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal no Âmbito das Equipes

GQASBR - Grau de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal no Âmbito da Gestão
GQASB(P) – Grau de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal por Padrões de Qualidade
GQASBR - Grau de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal no Recife
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
MP3 – Mega Player 3
MR – Micro Região
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE - Pernambuco
PNAD – Programa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
RPA – Região Político-administrativa
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SB – Saúde Bucal
SEPLAM – Secretaria de Planejamento e de Meio Ambiente
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SPA – Serviço de pronto-atendimento
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
USF – Unidade de Saúde da Família
ZEIS – Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	20
2.1 Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família e os caminhos para o Brasil Sorridente	29
2.2 O caso do Recife: o Programa Sorriso Melhor	35
3 AVALIAÇÃO E QUALIDADE EM SAÚDE	39
3.1 A Política de Avaliação no SUS e a proposta metodológica da Avaliação para a Melhoria da Qualidade no Saúde da Família	44
4 A PESQUISA: ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	49
4.1 Desenho do estudo	49
4.2 Área de estudo	51
4.3 População de estudo e período de referência	54
4.4 Fontes e instrumentos de coleta de dados	55
4.5 Categorias analíticas	57
4.6 Processamento dos dados	59
4.7 Análise dos dados	60
4.8 Aspectos éticos	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1 Níveis de qualidade da atenção à Saúde Bucal no Programa Saúde da Família do Recife	63
5.2 Contexto da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família no Recife	71
5.2.1 Aspectos Políticos	72
5.2.2 Aspectos Técnicos	79
5.2.3 Aspectos Administrativos	95
5.3 A influência do contexto sobre o grau de qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife	108
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	115
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	131
ANEXOS	175

1 INTRODUÇÃO

Por que avaliar a saúde bucal no programa saúde da família do Recife?

“Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de vôo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores do nível de combustível, óleo e temperatura da água.”

Takeda e Diercks

O Programa de Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, e logo se tornou uma estratégia para a reorganização da atenção básica no país, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001a). Somente em dezembro de 2000 foi anunciada, oficialmente, a inclusão da saúde bucal dentro da programação do PSF, cuja primeira definição operacional foi concretizada pela portaria 1.444, de 28 de dezembro (BRASIL, 2000).

O Município do Recife teve uma intensa transformação a partir da definição da estratégia Saúde da Família na reestruturação de suas práticas, buscando uma efetiva mudança de modelo. Tal iniciativa objetivou ampliar o acesso e a cobertura dos serviços básicos de saúde bucal e organizar a demanda aos demais níveis de atenção, alcançando grupos sociais até então excluídos de um cuidado integral (RECIFE, 2005a).

Na atenção odontológica, a estrutura do atendimento teve um aumento significativo com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família. O quadriênio de 2001-2004 representou um momento de grande expansão da rede de saúde, não só do PSF, mas da rede com um todo. Nestes quatro anos, foram implantadas 87 ESB, e até março de 2007, havia 101 ESB cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Recife (RECIFE, 2007b). Além disso, houve a melhoria dos consultórios das unidades especializadas, a criação de Serviços de Pronto-atendimento em odontologia e de Centros de Especialidades Odontológicas. Estas ações favoreceram o aumento do número dos procedimentos e da cobertura por este tipo de atenção (RECIFE, 2005a).

Desde sua inserção no PSF até hoje, são sumamente destacáveis os avanços da odontologia em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços em todo o país, embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção (BRASIL, 2004a). A implementação deste sistema e a capilarização de suas ações, têm trazido à tona, problemas inerentes à estruturação mínima dos serviços, elencados principalmente pelos critérios definidos nos princípios do SUS, e que muitas vezes colocam em xeque a qualidade da atenção prestada (MARCIER, 2002; SILVEIRA FILHO, 2002).

Estudos realizados no Recife sobre a qualidade da atenção prestada pelo Programa Saúde da Família (AZEVEDO, 2007; GATTÁS, 2003), apontam fragilidades relacionadas ao acesso, ao acolhimento e a baixa resolubilidade.

Em recentes pesquisas realizadas em Recife, Costa (2007) e Pereira (2007) apontam fragilidades gerenciais na saúde, especialmente nos Distritos Sanitários. As autoras encontraram fragilidades nas ações de planejamento e monitoramento no nível gerencial distrital, o que, para elas, permite a ocorrência de uma variedade de formas de atender a população, e que nem sempre estão de acordo com o preconizado pelos manuais de conduta ou estão longe de materializar os princípios que norteiam o desenho da Estratégia de Saúde da Família. Constatou-se ainda, uma crítica situação das unidades de saúde da família, que se mostraram inadequadas para a realização de algumas atividades específicas, especialmente as voltadas para a promoção e prevenção à saúde.

Um outro estudo, também realizado no Recife, sobre a atenção odontológica, merece maior destaque (PATRIOTA, 2006). A partir da pesquisa, a autora concluiu que a distribuição geográfica dos serviços odontológicos prestados apresentou desigualdade de acesso quando comparados entre os Distritos Sanitários. Além disso, quando analisado o tipo de assistência produzida, percebeu-se um discreto predomínio dos procedimentos básico-preventivos quando comparadas aos procedimentos curativos, o que para ela, não é suficiente para fundamentar uma mudança de prática na atenção à saúde bucal. A pesquisa concluiu que os avanços proporcionados pela reestruturação da rede assistencial não foram suficientes para promover alterações significativas no modelo de atenção à saúde bucal no Recife.

Do ponto de vista do contexto, a busca pela melhoria da qualidade das ações de saúde bucal no PSF do Recife deve levar em consideração não só o fato de que houve um acelerado crescimento

da rede da atenção básica, resultando em mudanças e inovações organizacionais, mas principalmente que este crescimento ocorreu de forma desigual e heterogêneo entre os distritos sanitários (tabela 1). É importante pontuar que o modo de organização de cada sistema local não está dado, a princípio, como disposto nos textos legais e nas diversas normatizações oficiais, mas se modela com características distintas, em função de atores sociais que fazem escolhas racionais e estratégicas, que definem regras e assim ordenam a gestão de recursos mobilizados no enfrentamento das complexidades da equação oferta-demanda (ZANETTI, 2002b). Portanto, faz parte de processo histórico na perspectiva de uma construção social e dependente de cenários locais específicos.

Tabela 1 - Número de habitantes, de ESF, ESB, cobertura populacional e proporção ESB/ESF por distrito sanitário do Recife – Março, 2007.

Distrito Sanitário (DS)	População (estimada para 2007)^A	Número ESF^B	Cobertura populacional ESF (%)¹	Número ESB^B	Cobertura populacional ESB (%)²	Proporção ESB/ESF³
DS I	86.068	15	60,1	8	32,1	0,53
DS II	227.008	38	57,8	18	27,4	0,47
DS III	312.460	40	44,2	17	18,8	0,43
DS IV	278.837	37	45,8	20	24,7	0,54
DS V	273.842	27	34	14	17,6	0,52
DS VI	389.905	64	56,6	24	21,2	0,38
TOTAL	1.568.121	221	49,7	101	23,6	0,48

Fonte: Recife, 2007b. Com adaptação.

É fundamental o entendimento da dinâmica que há nessas diferenças. Uma análise do contexto da Secretaria de Saúde e dos distritos possibilitaria compreender o nível de qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família no Recife e nos distritos, para que se possam tomar medidas que visem uma distribuição mais equitativa das ações e serviços de saúde pela cidade, tanto em termos quantitativos, como qualitativos.

Quando intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes obtêm certa variabilidade nos resultados, justifica-se realizar estudos de análise de implantação para avaliar se esta variabilidade pode ser explicada por diferenças existentes nos contextos. Este tipo de estudo é

¹ Uma ESF para cada 3450 hab.

² Uma ESB para cada 3450 hab.

³ O Ministério da Saúde financia uma ESB para cada ESF (relação de 1/1) a partir da portaria 267/2001 (BRASIL, 2003b).

particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). A Saúde Bucal no Programa Saúde da Família enquadra-se nesta descrição, pois sua implantação vai supor necessariamente mudanças organizacionais, isto é, processos complexos de adaptação e de apropriação do programa nos diferentes meios em questão.

Como visto, o referencial da avaliação também se apresenta como justificativa para a realização de estudos avaliativos em programas de saúde. Segundo Felisberto (2004), a avaliação tem como objetivo a qualificação da atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

A expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família, de acordo com SOUZA (2002), redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica, mas colocou no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços, impulsionando a necessidade de criar estratégias efetivas de monitorar e avaliar deste nível de atenção.

Assim, algumas iniciativas do Ministério da Saúde merecem destaque no que diz respeito ao desenvolvimento de estudos avaliativos na atenção à saúde. A construção da Política de Avaliação de Políticas e Programas no SUS tem como um dos objetivos induzir a institucionalização da prática de monitoramento e avaliação da atenção básica na rotina da gestão e dos serviços de saúde (BRASIL 2005b).

No contexto dessa Política, foi iniciada a proposta metodológica de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios. Trata-se de uma metodologia voltada para a melhoria da qualidade das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, através da avaliação. Dessa forma, a metodologia estreita a relação entre os campos teóricos da avaliação e da qualidade, situando a avaliação como instrumento permanente para a

tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2006a).

Como visto até agora, no atual estágio de desenvolvimento do SUS, é premente o desafio de aprimorar o desenvolvimento organizacional e intensificar os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar a estratégia como o eixo estruturante de reorganização da atenção básica em saúde bucal com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo. Contudo, a garantia da qualidade da atenção à saúde apresenta-se como um dos grandes desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), ainda mais considerando que essa qualidade deve ser compreendida à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

O Plano Municipal de Saúde 2006 – 2009 do Recife, aprovado na 7ª Conferência Municipal de Saúde traz como temática central a busca da melhoria da qualidade do SUS Municipal como garantia de inclusão social. No tocante à saúde bucal no PSF, as metas apresentadas visam à qualidade da atenção através da implantação de uma ESB para cada uma ESF; a regularização no fornecimento de materiais e insumos; o desenvolvimento de atividades de promoção à saúde bucal em 100% das áreas cobertas; a garantia de exames complementares para as ESB e o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) aos profissionais de saúde bucal (RECIFE, 2005b).

Esta pesquisa, por contemplar uma avaliação técnico-administrativa e política da atenção em saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife, tem o potencial de identificar o estágio de desenvolvimento da estratégia, bem como seus avanços e dificuldades. Contribui desta forma, com informações para a tomada de decisão, no intuito de assegurar a melhoria da qualidade das ações em saúde bucal, buscando a resolutividade do sistema e a satisfação do usuário.

Diante do exposto, esse estudo teve como objeto de pesquisa a seguinte questão: *Qual o nível de qualidade da atenção à Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Recife e por Distrito Sanitário, considerando-se o âmbito da Gestão e das Equipes de Saúde Bucal, e os aspectos contextuais relevantes na sua consolidação?*

A hipótese assumida nesta pesquisa foi a de que o nível de qualidade da saúde bucal no PSF do Recife esteja entre regular a bom, sendo este resultado fortemente influenciado pelos padrões dos estágios menores (E, D e C), que denotam maior contribuição da estrutura e dos processos mais simples, em detrimento da excelência da estrutura e principalmente dos processos e resultados mais sofisticados. Assume-se ainda, que o nível de qualidade desta atenção se dá de forma diferente entre os DS, como resultado dos diferentes contextos político, técnico e administrativo vivenciado por cada um.

O objetivo geral foi avaliar o nível de qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família no Recife e entre distritos sanitários, considerando-se os seus determinantes contextuais.

Especificamente, pretendeu-se:

1. Identificar o nível de qualidade da atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família, considerando o âmbito da gestão;
2. Identificar o nível de qualidade da atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família nos seis distritos sanitários, considerando o âmbito do trabalho das equipes;
3. Analisar aspectos contextuais relevantes no âmbito do nível central e distrital da Secretaria de Saúde na consolidação dos padrões de qualidade.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos, organizados de forma sistemática a permitir o entendimento da problemática que está sendo levantada. Deve-se considerar o Programa Saúde da Família como algo em contínua construção, necessariamente passível de avaliação e estratégico para a efetiva concretização do SUS.

No primeiro, descreve-se e contextualiza-se o Programa Saúde da Família, a inserção das equipes de saúde bucal nesta estratégia de reorientação da atenção básica, bem como a Política Nacional de Saúde Bucal – O Brasil Sorridente. Além disso, pauta-se brevemente sobre a Política de Saúde Bucal do Recife (Programa Sorriso Melhor), contextualizando-a em relação à Política Nacional de Saúde Bucal, e apresentando suas principais ações. Um maior detalhamento desta política será dado na discussão.

O segundo capítulo aborda o campo da avaliação e da qualidade em saúde, entendendo-os como áreas do conhecimento em permanente processo de construção conceitual e metodológica e que apresenta diversidade de correntes. Por isso, pretende-se apenas fazer uma pequena incursão nesses temas, a fim de delimitar o que é importante para esta pesquisa, ao invés de criar uma grande discussão referencial sobre o assunto. Caracterizar-se-á a proposta metodológica de Avaliação para a Melhoria da Qualidade no Saúde da Família (AMQ), criada pelo Ministério da Saúde, e a análise de implantação.

A proposta metodológica está delimitada no terceiro capítulo.

O quarto capítulo destina-se à exposição dos resultados e sua discussão. Discute-se a adequação da saúde bucal no PSF do Recife aos padrões de qualidade do AMQ. Estabelece-se, portanto, o grau de qualidade dessa atenção por distrito sanitário e no Recife como um todo. Discutem-se, ainda, os aspectos contextuais relevantes na consolidação deste perfil de qualidade.

Finalmente, no quinto e último capítulo, são apresentadas as conclusões, a partir dos principais achados do estudo, e feitas as considerações finais.

2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

“Pela Consolidação de uma prática que avance para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral, exercida sobre uma base populacional definida, que não seja excludente e que contribua para a construção de uma sociedade mais equânime.”

Ministério da Saúde – Brasil.

As três últimas décadas vêm testemunhando mudanças fundamentais no campo da saúde em nosso país. A crise econômica e o processo de democratização, ocorridos nos anos 80, influenciaram positivamente o debate político na área da saúde, cujo reflexo foi percebido na Constituição Federal (CF) de 1988, permitindo mudanças objetivas no sistema e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo modelo de sistema de saúde apresentava três características que o definiam: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão (ALMEIDA, 1999; LEVCOVITZ *et al.*, 2001; VIANA; DAL POZ, 1998).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde se insere no capítulo da seguridade social. Os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição Federal descrevem todo o sistema oficial de saúde do país. A seguridade social é criada mediante a incorporação da proposta do Movimento Sanitário e têm como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação do custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (ANDRADE, 2001, 27-8).

Nesse contexto, a saúde passa a ser assumida (artigo 196) como direito fundamental do ser humano. Cabe ao Estado o dever de garanti-la provendo as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mediante redução do risco de doença e de outros agravos. O acesso universal e igualitário

às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, também fica garantido neste artigo (ANDRADE, 2001; BRASIL, 1988).

A constituição define ainda (artigo 197) que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e constitui o Sistema Único de Saúde (artigo 198), bem como estabelece as suas diretrizes:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade (BRASIL, 1988).

De fato, a criação do SUS possibilitou inúmeros avanços relacionados às mudanças estruturais pretendidas, que se materializaram em políticas e ações de reestruturação gerencial e na busca de modelos assistenciais que dessem conta da complexidade e dinamismo dos problemas sanitários da população brasileira. As políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não é fruto apenas do momento atual, mas de uma longa trajetória de formulações e lutas (CUNHA; CUNHA, 2001).

A partir de uma reflexão crítica sobre os modelos assistenciais, Teixeira (2006) pôde defini-los sob duas perspectivas. A primeira toma como referencial a teoria do processo de trabalho em saúde e a segunda, uma perspectiva ampliada, sistêmica.

Adotando a teoria do processo de trabalho como referência, Paim (2003, p.476) definiu modelos assistenciais como “[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaço-população incluindo ações sobre o ambiente, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”. O referido autor reforça que sob essa perspectiva, os modelos de atenção são formas de organização entre os sujeitos, mediado por tecnologias, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Um ponto importante para a redefinição de modelos assistenciais no SUS refere-se à organização da atenção básica, que se inicia a partir da segunda metade da década de 90 e passa a ter lugar de destaque entre os programas e investimentos do Ministério da Saúde. Especialmente dois programas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da

Família (PSF) provocaram alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e nas formas de remuneração das ações, quanto na forma de organização dos serviços (VIANA; DAL POZ, 1998).

A concepção do PSF é resultado da articulação de noções e conceitos provenientes de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública, resultando em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo pautado pela organização sistêmica dos serviços como: caráter multiprofissional das equipes de trabalho; utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e a busca da integralidade das práticas no âmbito da atenção básica (TEIXEIRA, 2006).

A formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS) dá início à história do PSF. A família passou a ser enfocada como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família). A finalidade inicial do PACS foi a redução da mortalidade infantil e materna, porém, o MS percebeu que os agentes poderiam ser também peças importantes para a organização do serviço básico de saúde, tornando-se assim um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. A consolidação do PACS ocorre em março de 1994 com a inserção do seu mecanismo de financiamento no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (VIANA; DAL POZ, 1998).

Implantado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) caracterizava-se por ser um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde, e era viabilizado através de convênios através de financiamento fechado e sem garantia de continuidade (CALADO, 2002).

No ano de 1995, o programa foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Esta transferência significou um rompimento operado através de convênio. A partir dessa transferência, as discussões acerca da remuneração do PSF pela tabela de procedimentos do SIA-SUS (superando a forma convencional) se iniciaram. Em janeiro de 1996, a inclusão no SIA-SUS ocorreu e estabeleceu que a consulta do PSF fosse equivalente ao dobro da consulta do SUS (VIANA; DAL POZ, 1998).

Destaca-se com isso, a intenção de que o PSF perdesse o caráter de programa e assumisse um papel reestruturante dos serviços passando a ser um instrumento de (re) organização e de (re) estruturação do SUS. Com isso, a atenção básica passou a ser peça fundamental nas mudanças propostas pela NOB-96 (VIANA; DAL POZ, 1998).

Para vários autores (ALMEIDA, 1999; LEVCOVITZ *et al.*, 2001; MENDES, 2001), a criação desses programas de saúde que tem como princípios a universalidade e integralidade, num contexto a partir da década de 90 onde se manifestavam no país as idéias neoliberais com tendências racionalizadoras de contenção dos custos setoriais que reorientavam a organização do Estado, era uma contradição.

Apesar dessa contradição, esses programas tiveram aceitação nacional em função de sua proposta substitutiva ao modelo assistencial tradicional, que se caracterizava como um modelo centrado no hospital, nas práticas médicas especializadas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo tradicional revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira e inconsistente para a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005c).

Em outras palavras, o modo como eram enfrentados os problemas sanitários não davam resposta à melhoria de saúde da população, possibilitando o ressurgimento de doenças até então erradicadas ou controladas, o aparecimento de novas epidemias, a destruição ambiental, a deterioração das condições de vida de uma grande parcela de indivíduos e o desarranjo dos sistemas de saúde mundiais (PIANCASTELLI *et al.*, 2000).

Além disto, as inúmeras transformações ocorridas nas últimas décadas com destaque para as transições epidemiológica, demográfica e político-institucional, trazem a necessidade da construção de modelos capazes de responder às novas realidades como o declínio das doenças agudas em jovens e o incremento das crônicas em idosos; o deslocamento do objeto das práticas de indivíduos para famílias; o desenvolvimento de novas abordagens voltadas para hábitos e estilos de vida; às novas concepções de práticas educativas e a busca de novos cenários de práticas de saúde (GOULART, 1999).

As transformações demográficas e epidemiológicas são responsáveis segundo Cordeiro (2001), pelo desenho de novos perfis de necessidades e de demandas das populações que aspiram às condições de equidade no acesso e na qualidade do atendimento. As pressões sociais aumentam de intensidade à medida que se complexifica o processo de urbanização do país, acompanhado de um sistema globalizado de difusão de novos estilos de vida, de novos bens simbólicos e materiais, de disseminação em nível planetário dos mais recentes avanços da ciência e da tecnologia.

Feuerwerker (2003) afirma que o campo da saúde vive um momento histórico de tensão que se revela pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Tendo em vista a transição epidemiológica, o desafio da equidade e a necessidade de contenção de custos, há necessidade de reorientação da atenção, ampliando a promoção e articulando-a com ações de cura e reabilitação, buscando a utilização mais racional da tecnologia e dos diferentes equipamentos de saúde.

Por tudo o que foi apresentado, a proposta do PSF consistiu na superação do modelo assistencial caracterizado como médico privatista⁴ e hegemônico. Além disso, objetivou facilitar o acesso aos serviços de saúde, oferecendo uma assistência mais acolhedora, que permitisse a criação de vínculos com a comunidade e estabelecesse uma responsabilidade de manutenção da saúde daquela clientela (MASCARENHAS; ALMEIDA 2002).

Dentre as várias proposta de reestruturação do SUS, o PSF aparece como uma das mais articuladas com o modelo de Vigilância à Saúde (CAMPOS, 2003). Segundo Paim (2003), a vigilância à saúde é uma prática sanitária que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupo social e meio ambiente, num território determinado. Constitui-se, desta forma, numa concepção integral de saúde.

Ideologicamente, o Saúde da Família é guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica (CONILL, 2002).

⁴ Segundo Paim (2003), o modelo assistencial médico privatista é o mais conhecido e privilegiado no país. Está centrado na demanda espontânea, é predominantemente curativo e tem a tendência de prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade. Além disso, não há comprometimento com o impacto da atenção sobre o nível de saúde da população.

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

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

A atenção básica é, não apenas, a entrada de um complexo sistema, estruturado em diferentes níveis (organizados segundo o grau de complexidade do serviço oferecido e que se comunicam entre si através de mecanismos de referência e contra-referência). Ela é quem incorpora uma perspectiva mais ampla que abrange, além do tratamento da doença, as próprias condições de vida do sujeito e o contexto social de manifestação da doença, extrapolando a intervenção curativa individual (MARCIER, 2002; MEDINA *et al.*, 2000; STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, o conceito de atenção básica engloba demandas sanitárias e demandas relacionadas às ações clínicas. As demandas sanitárias seriam: o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde. As demandas relacionadas às ações clínicas podem ser demandas de vigilância epidemiológica e demandas tipicamente clínicas. As primeiras estão relacionadas à: prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico e as demandas tipicamente clínicas se relacionam à prevenção ou recuperação de quadros muito frequentes e apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas que exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER; MENDES, 1996 apud MEDINA *et al.*, 2000, p. 17).

A estratégia de saúde da família está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e reabilitação de

agravos, através de sua equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população que varia de 2400 a 4500 pessoas e é formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde – ACS. Pode contar, ainda, com a ESB, que pode ser composta pelo cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental (BRASIL, 2001a).

Segundo o Guia Prático do Saúde da Família (BRASIL, 2001a), a USF deve ter como estrutura mínima: uma sala de recepção, com espaço adequado para receber e acolher as pessoas; um local para os arquivos e registros; um local para cuidados básicos de enfermagem; uma sala de vacina; um consultório médico; um consultório de enfermagem; sanitários; sempre que possível, um espaço para atividades de grupo e para educação permanente da equipe; e clínica odontológica com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento da saúde bucal.

Espera-se, dos integrantes do saúde da família, que estejam preparados para dar soluções aos principais problemas de saúde da comunidade, organizando sua atividade em torno de planejamento de ações; atenção, promoção e vigilância à saúde; trabalho interdisciplinar em equipe; e abordagem integral à família (BRASIL, 2001a).

Em relação ao planejamento das ações, a equipe de ter a capacidade de diagnosticar a realidade local, para em seguida, elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam impacto apropriado. Para isso, devem: conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença do indivíduo, das famílias e da comunidade; estabelecer prioridades entre problemas detectados e traçar estratégias para sua superação; conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência; e garantir estoque regular de todos os insumos para as estratégias e funcionamento da unidade (BRASIL, 2001a).

Segundo Souza *et al.* (2000, p. 9), a estratégia de saúde da família se torna possível devido a algumas características estabelecidas a partir da noção de território geográfico:

1. A unidade básica de saúde da família é responsável por um território onde vive um determinado número de famílias, que será cadastrado pela equipe de saúde da família;
2. A partir do cadastramento é possível um diagnóstico inicial de saúde daquela comunidade, que deve ser feito pela equipe com o apoio da comunidade e das lideranças locais;

3. As informações fornecidas pelo cadastramento e pelo diagnóstico de saúde possibilitam que a equipe identifique quais pessoas ou famílias necessitam de uma atenção especial que pode se dar em função de um desequilíbrio já instalado ou por estarem submetidas a um maior risco de adoecer ou morrer;
4. A partir desta identificação a equipe terá como priorizar as ações programáticas requeridas para o enfrentamento dos problemas;
5. A estratégia possibilita ainda a criação de um espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde, o que se dá através do estabelecimento do vínculo entre o indivíduo e a equipe;
6. O trabalho que a equipe realiza permite a identificação de problemas cuja resolução requer ações que ultrapassem o setor saúde, potencializando as parcerias e articulações intersetoriais.

Para a realização das atividades de assistência, promoção e vigilância à saúde, é preciso que a equipe entenda a saúde como produção social, buscando estabelecer um processo de responsabilidade compartilhada das ações entre os diferentes setores e com a participação social (BRASIL, 2001a).

Quanto ao trabalho interdisciplinar, este deve pressupor a possibilidade de as práticas de um profissional se reconstituir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Isso quer dizer que para a dinâmica das famílias e da comunidade assistida, além de procedimentos tecnológicos, há a necessidade da valorização de saberes e práticas para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001a).

A abordagem integral da família pressupõe a abordagem integral das pessoas, vendo-as em seu contexto sócio-econômico e cultural, com ética e respeito. A equipe deve buscar entender a família como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises. Outros pontos importantes são identificar a relação da família com a comunidade e os processos de violência no meio familiar (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001c; SILVEIRA FILHO, 2002).

Apesar de suas proposições ideológicas, autores como Paim (2003), consideram que apesar da acentuada expansão do Programa Saúde da Família e do reconhecimento de experiências exitosas em diversos municípios do país, ainda não há evidências suficientes para reconhecê-lo como estratégia suficientemente potente para superar os modelos assistenciais dominantes.

Além disso, algumas situações pragmáticas foram verificadas a partir dos estudos de Merhy *et al.* (2004), como sendo responsáveis pela redução da capacidade do PSF de efetivamente produzir mudanças no modelo assistencial, sendo elas: a concepção de um formato único para todo o país e equipes que minimizam as diferenças locais; a negação da necessidade de atendimento à demanda espontânea; desvirtuamento das visitas domiciliares que acabam reduzidas às ações rotineiras dos agentes comunitários de saúde e ocasional dos demais profissionais; alta rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos e instabilidade nas equipes.

Outros problemas encontrados foram a tendência a burocratização do processo de gerenciamento do trabalho na ESF por meio de um número excessivo de formulários, planilhas e outros documentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas; a desarticulação do PSF com a regionalização da assistência, gerando entraves em muitos municípios em atender às demandas da população por serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares (TEIXEIRA, 2006).

Com a intenção de dirimir muita das fragilidades já citadas, o Ministério da Saúde implantou uma série de medidas, merecendo maior destaque: a criação do Piso da Atenção Básica, instituída pela Norma Operacional Básica (NOB/96); a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada para o Saúde da Família; o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica como instrumento de monitoramento e avaliação; e o Programa de Expansão do Saúde da Família (PROESF), uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial voltada para o fortalecimento da atenção básica. O PROESF está estruturado em três áreas de atuação: a primeira destinada à conversão do modelo de atenção e expansão do PSF; a segunda relacionada ao desenvolvimento de recursos humanos; e a terceira, visando à institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde (COSTA, 2007).

Os pólos de capacitação são espaços de articulação de uma ou mais entidades (universidades ou instituições de ensino superior integradas com secretarias estaduais ou municipais de saúde) voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde da família. Os pólos oferecem um conjunto de ações, voltadas para curto, médio e longo prazo. Em curto prazo, há os cursos introdutórios e cursos de atualização destinados às abordagens coletiva e clínica. Em médio e longo prazo há a implantação de programas de educação permanente, com a finalidade de

promover transformações em nível de graduação, cursos de pós-graduação que envolve especialização em saúde da família e residência em caráter multiprofissional (BRASIL, 2001a).

Desde a criação do PSF, em 1994, até agora, muitos foram os avanços alcançados na organização das práticas de saúde. Contudo, são inúmeras as dificuldades que surgem dia-a-dia, em função de situações pragmáticas e das realidades locais. É fundamental o aprimoramento constante da estratégia, entendendo-a como um processo em constante (re) construção para que essas dificuldades possam ser superadas. Assim, a cada novo avanço, estar-se-á contribuindo para uma efetiva mudança do modelo de atenção, melhorando a qualidade dos serviços e ampliando a satisfação dos seus usuários.

2.1 Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família e os caminhos para o Brasil Sorridente

Tradicionalmente, o modelo de atenção odontológica hegemônico no setor público do país, tem se caracterizado pela falta de racionalidade e programação de suas ações. Essas práticas decorrem de uma concepção centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual – o cirurgião-dentista – no restrito ambiente clínico-cirúrgico (NARVAI, 1994). Outra característica marcante deste modelo é que o acesso se dá por livre demanda, ou demanda espontânea. Dessa forma, a organização do serviço não se faz na lógica da programação, mas sim naquela típica do mercado, mediante uma transposição simples e automática desta lógica para o espaço de realização dos serviços na esfera pública (ZANETTI *et al*, 1996). Caracteriza-se, portanto, como uma concepção de prática da odontologia orientada pelo mercado e para o mercado, e não pelas reais necessidades de saúde da população.

Segundo Oliveira *et al* (1999), esse modelo de assistência odontológica, que possui traços idênticos em sua prática pública e privada, pouco tem contribuído para a melhoria das condições de saúde bucal das populações.

Algumas concepções de programação científica da saúde bucal começaram a ser formuladas a partir da década de 50, devido à necessidade de ajuste as novas demandas do mercado e da sociedade de consumo, a nível privado, e no público, em função da necessidade de aumento da produtividade, expansão da cobertura e uma visão funcional da odontologia em saúde pública, ligada aos processos preventivos com flúor sistêmico e tópico (CORDON, 1998).

Neste período, algumas concepções de programação em odontologia foram formuladas, sendo as mais importantes: o sistema incremental, direcionadas a escolares de 6 a 14 anos e que se manteve hegemônico por mais de 30 anos; o modelo de atenção simplificado, baseado na concepção de aumento da produtividade e redução dos custos; e o modelo da odontologia integral, que deu maior ênfase à prevenção e a aplicação do conceito de risco (ZANETTI *et al*, 1996).

Das muitas concepções de odontologia integral, segundo Narvai (1994), uma das mais difundidas é a de Chaves, a chamada Odontologia Preventiva. De acordo com este mesmo autor, a odontologia preventiva é filha direta da medicina preventiva, nos termos do que foi sistematizado por Leavell e Clark.

Visando concretizar os princípios e diretrizes para a saúde estabelecida pela constituição de 1988, reconhecendo-se as especificidades da saúde bucal e consciente das críticas ao modelo odontológico hegemônico, vem-se construindo o conceito de Saúde Bucal Coletiva (SBC). Segundo Zanetti *et al*. (1996, p. 28):

[...] a Saúde Bucal Coletiva enquanto paradigma de programação deve ser entendida como a Odontologia Integral exposta as exigências e aos deságios do SUS. Isto porque as mudanças do modelo de programação que ocorreram na SBC são imediatamente herdeiras das soluções descortinadas pela Odontologia Integral [...], num processo de busca de organicidade ao SUS, de realização dos princípios (complexos na operacionalização), em especial os da universalização, da equidade, da territorialização, da integralidade e do controle social.

Segundo Narvai (1994), as proposições de prática odontológica de saúde bucal coletiva opõem-se frontalmente à hegemonia da odontologia de mercado, o que não quer dizer uma oposição aos consultórios ou clínicas particulares, mas a mercantilização da saúde e ao fato de que, em seu conjunto, predominem e imponham sua lógica na organização da assistência odontológica e do sistema de atenção à saúde bucal.

Para Zanetti *et al.* (1996, p 32-33), a SBC tem a tarefa de implementar um modelo de programação enfatizando o preventivo e o promocional no sentido de modificar a situação epidemiológica, a forma de atenção e ainda resgatar a saúde bucal como condição de cidadania.

Autores como Zanetti *et al* (1996) e Oliveira *et al.* (1999) divergem em alguns pontos sobre as linhas de ações programáticas nas experiências de SBC. Contudo, concordam que os modelos estruturados a partir do núcleo familiar (a exemplo do saúde da família) são programas que aparecem ou aspiram ser modelos programáticos, dentro da concepção de SBC, com grande potencial para o reordenamento do modelo de atenção odontológica no país. Contudo, Zanetti *et al* (1996) lembra que mesmo com a produção de uma série de ações programáticas dentro da SBC, ainda não se obteve um modelo mais completo e estruturado capaz de reunir todas as conquistas acumuladas numa única solução.

A assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da odontologia essencialmente centrada no alívio da dor e não trabalho dentro das quatro paredes do consultório (OLIVEIRA *et al*, 1999).

Motivada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, bem como superar os modelo assistencial tradicional, o Ministério da Saúde decidiu reorientar as práticas de saúde bucal a partir de sua inclusão na estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2000, 2001b).

Em dezembro de 2000 a Odontologia foi inserida no PSF através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Segundo, Calado (2003) alguns municípios brasileiros já trabalhavam com a saúde bucal antes da publicação da portaria ministerial; entretanto, pouco se sabia em relação aos números e ao perfil do profissional, bem como, as atividades desenvolvidas pelos mesmos no PSF.

Esta portaria estabeleceu duas possibilidades de composições de equipes de saúde bucal a serem implantadas no PSF. A modalidade I composta por um cirurgião dentista e um atendente de

consultório dentário e a modalidade II, que além dos profissionais já citados, conta a participação do técnico de higiene dental (BRASIL, 2000).

Considerando a necessidade de operacionalizar a portaria nº. 1.444/GM, o Ministério da Saúde publicou em março de 2001 a Portaria 267 que aprovava as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família que integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Além disto, esta portaria explicitava o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB / SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2001b).

O plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica aprovado pela Portaria 267/2001 teve por objetivos: a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, orientação das práticas de atenção à saúde bucal em consonância ao preconizado para o PSF, garantia de acesso progressivo das famílias cobertas pelo PSF às ações de promoção e prevenção em saúde bucal e também às de caráter curativo – restauradores em saúde bucal; capacitação, formação e educação permanente dos profissionais, e, finalmente, avaliação dos padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas (BRASIL, 2001b).

As bases para reorientação das ações de saúde bucal também são estabelecidas nessa Portaria. Desta forma, a inclusão das ações de saúde bucal deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS, bem como, as seguintes características operacionais (BRASIL, 2001b, 2001c):

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

O Guia Prático do Programa Saúde da Família estabelece as atividades que devem ser realizadas pela ESB e compartilhadas com o restante da equipe (BRASIL, 2001a, p.69):

1. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território adscrito;
2. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
3. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
4. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
5. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano municipal de saúde;
6. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
7. Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento da USF;
8. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

Em junho de 2003, necessitando revisar as normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 673/GM de 03 de junho de 2003, que alterou a relação do número de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Inicialmente, essa relação era de um para dois, ou seja, para cada equipe de saúde bucal (ESB) a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família (ESF). Com a nova portaria, esta relação passou a ser de uma ESB para cada ESF (BRASIL, 2003b).

A partir da Portaria nº. 74/GM de 20 de janeiro de 2004, os incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do PSF foram reajustados. Para a modalidade I, o incentivo financeiro anual por equipe implantada é de R\$ 20.400,00 e para a modalidade II R\$ 26.400,00. Os recursos financeiros mencionados são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores (BRASIL, 2004b). Além disso, as equipes implantadas recebem um incentivo de R\$ 5.000,00 para a compra de equipamentos odontológicos e o adicional de R\$ 1.000,00 para a compra de materiais clínicos de prótese dentária. As equipes da modalidade II recebem, ainda, cadeira e acessórios odontológicos para uso do técnico em higiene dental (BRASIL, 2004a).

No primeiro semestre de 2004, foram divulgados os Resultados Principais do Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003. Este projeto teve como objetivo geral produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema

Único de Saúde, através da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal. (BRASIL, 2004b).

No mesmo semestre, houve a divulgação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004a).

O “Programa Brasil Sorridente – a Saúde Bucal Levada a Sério” é o nome de fantasia da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Lançada pelo Ministério da Saúde em março de 2004, a política objetiva ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Pode-se afirmar que é a primeira vez que o Governo Federal desenvolve uma PNSB no formato de um programa estruturado, e não apenas incentivos isolados ao setor. O Programa pretende investir, até 2008, R\$ 1,2 bilhão em ações de saúde bucal, dentre as quais se destacam a ampliação do número de ESB no PSF, distribuição de kits de higiene (escova e creme dental), adição de flúor à rede de abastecimento de água em 2000 municípios e construção de 500 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2004a).

Além disso, houve várias conferências de saúde bucal acontecendo no âmbito municipal, e estadual que culminaram com a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, com o tema: acesso e qualidade superando a exclusão social, que ocorreu em julho de 2004 em Brasília. O evento reuniu 1.300 delegados, entre profissionais de odontologia, professores e estudantes universitários da área, além de usuários e gestores do SUS (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2004).

De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.341 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família no país, chegando a um total de 12.602 ESB (um aumento de mais de 195% no número de equipes) atuando em 3.896 municípios. Houve neste período um acréscimo na cobertura populacional das ESB de mais de 33 milhões de pessoas, totalizando mais de 59 milhões de pessoas cobertas por estas equipes (BRASIL, 2007a).

A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família representa um grande desafio para uma profissão marcada pelo isolamento e pelo distanciamento da realidade social brasileira. Estes desafios ocorrem principalmente, pela desvalorização da saúde bucal em relação a outras áreas de saúde, pela cultura de que problemas bucais não são prioritários e pela ausência de políticas de saúde bucal eficientes. A mudança significativa no papel social da Odontologia só poderá ser almejada a partir de sua inclusão nas políticas de saúde. Segundo Hobdell e Sheiham (1981), somente quando a política de saúde bucal estiver integrada à política de saúde geral, envolvendo um conhecimento dos fatores econômicos pertinentes, sociais e culturais, ela poderá ter êxito.

Para Mojon e MacEntee (1994, apud DHARAMSI e MACENTEE, 2002), a atenção básica em saúde bucal não pode ser definida ou direcionada isoladamente da política vigente e da estrutura econômica da sociedade. Estes autores ressaltam que uma dieta saudável necessita de alimentação, que a higiene pessoal demanda água limpa, enquanto que os tratamentos curativos demandam clínicos especializados e equipamentos e suprimentos de alto custo.

É importante que as experiências de introdução da saúde bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do cirurgião-dentista, mas que produzam um ganho no sentido de reordenamento da prática odontológica, de uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais.

2.2 O caso do Recife: o programa Sorriso Melhor

O Município do Recife alcançou nos últimos sete anos, avanços substanciais na oferta de ações e serviços de saúde bucal. A partir de 2001, a Secretaria de Saúde inicia o processo de

construção da atual Política de Saúde Bucal. Com o nome de fantasia “Sorriso Melhor” (Protocolo de atendimento odontológico nos serviços de saúde da rede pública da Cidade do Recife), a política visa reestruturar o modelo de atenção e a forma de oferta dos serviços odontológicos no município.

Para tanto, o modelo de atenção foi construído visando os princípios e diretrizes do SUS, buscando melhoria do acesso às ações básicas e especializadas em saúde bucal. Para isso, o Modelo Lógico de Intervenção que sustenta a Política está fundamentada, para cada grupo do ciclo de vida, em ações operacionalizadas nos seguintes componentes (subprogramas): Educação e Saúde, PACS, PSF, Espaços Coletivos, Policlínicas/CEO, Serviço Odontológico de Urgência (SOU) e Sistema de informação (RECIFE, 2007d).

Do ponto de vista da estrutura de atendimento, percebe-se uma nítida consonância das suas principais intenções com a Política Federal, buscando a estruturação da rede básica de saúde bucal através do Programa Saúde da Família, a ampliação da rede especializada através da estruturação de Centro de Especialidade Odontológica (CEO), de Laboratório Regional de Prótese Dentária e implantação de Serviço Odontológico de Urgência (RECIFE, 2007d).

Mesmo o PSF já sendo um programa normatizado pelo Ministério da Saúde, alguns aspectos de sua implantação e funcionamento não o são. Dessa forma, a política municipal busca instituir normatizações próprias, principalmente as voltadas para as questões organizacionais, se constituindo num documento em constante (re)construção coletiva em função das peculiaridades locais (RECIFE, 2007d). Destacam-se a construção de fichas clínicas, protocolos de atendimento e fluxos assistenciais, que buscam dar conta da complexidade e do dinamismo dos problemas e serviços de saúde instituídos.

A adequação da política aos contextos e realidades locais, visando à adoção de perfis ou modelos assistenciais diversos e mais adequados é considerada importante na visão de Bodstein (2002). Para ele, os diferentes (e divergentes) atores envolvidos, as distintas realidades locais e as desigualdades estruturais tornam complexos os processos que as leis, normas e programas vivenciam no contexto de sua implantação.

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 32), esta perspectiva não é apenas importante, é, sobretudo, necessária, pois não se pode falar de uma intervenção sem se considerar o conjunto de atores que ela envolve. Estes “dão sua forma articular em um dado momento em um dado contexto”.

A expansão da saúde bucal no PSF vem se consolidando, tendo sido objeto de ampla discussão realizada na VII Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2005b, p. 51 e 53), em cujas proposições, no campo da atenção básica, incluiu-se como meta a “ampliação da cobertura do PSF para 70% da população do Recife, até 2009” e a “implantação de novas ESB no PSF, na proporção de uma ESB para uma ESF, priorizando as USF já existentes”.

Vale destacar, entretanto, que esta ampliação por si só não é suficiente, podendo se constituir num grande problema para os níveis superiores da hierarquia assistencial, caso o foco restrinja-se ao nível da atenção básica.

Para tanto, foram estruturados os Centros de Especialidade Odontológicas que representam a principal referência odontológica no município. Neles, são ofertados os seguintes atendimentos clínicos especializado em saúde bucal: Odontopediatria, Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Pacientes Especiais e Prótese. Estes serviços estão localizados nas Policlínicas Waldemar de Oliveira (DS I), Amaury Coutinho (DS II), Clementino Fraga (DS III) e Lessa de Andrade (DS IV). Os Serviços de Pronto Atendimento, que funciona 24H durante toda semana, para atender casos de urgência funcionam nas Policlínicas Amaury Coutinho (DS II); Barros Lima (DS III); Agamenon Magalhães (DS V) e Arnaldo Marques (DS VI) (RECIFE, 2007d).

Cabe ressaltar que em função da não completude do processo de descentralização iniciado no Recife em 1995, algumas unidades hospitalares de alta complexidade não foram passadas para a gestão municipal. No âmbito da saúde bucal, merece destaque o Hospital da Face localizado no PAM de Areias (Hospital Estadual).

Como resultados alcançados até agora pela Política, destacam-se (RECIFE, 2007d):

- A estrutura de atendimento foi ampliada com a inclusão de 110 ESB no PSF [no período 2001-2007], habilitação de quatro CEO e a implantação de quatro serviços odontológicos de urgência 24 horas;
- Aumento no número de procedimentos realizados (básicos e especializados), com redução do número de exodontias;
- Atualmente no município, são desenvolvidas ações educativas e preventivas em saúde bucal em mais de 415 escolas e creches, atingindo mais de 85.000 crianças.
- I e II Mostra de Arte, Educação e Política em Saúde Bucal, 2002 e 2004 respectivamente;
- I e II Seminários Sorriso Melhor: Construindo a Saúde Bucal Coletiva no Recife (2003), programações que expressaram a Arte, Educação e Política em saúde bucal no Recife;
- Pesquisa SB Brasil, em 2003, conjuntamente com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS, estudo que avaliou as condições de Saúde Bucal da População Brasileira;
- 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal, em 2004, que foi etapa para as 3^{as} Conferências Estadual e Nacional de Saúde Bucal;
- Investimentos em cursos de atualização e aperfeiçoamento, Especialização em Saúde da Família (2003-2005), Odontopediatria (2003) e Curso de Formação para ACD/THD (Escola de Saúde Pública/PE, 2004);
- Parcerias com entidades: Associação Brasileira de Odontologia em Pernambuco ABO/PE, Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco CRO/PE e Universidades de Pernambuco e Federal de Pernambuco com os quais vem sendo desenvolvidas inúmeras ações em saúde bucal integrando serviço, ensino e extensão.

O documento da política também é conhecido como protocolo de atendimento odontológico nos serviços de saúde da rede pública da Cidade do Recife, pois, de fato, o material representa um protocolo, estando organizado de forma a facilitar o acesso às informações nos diferentes assuntos da saúde bucal na rede pública de saúde do Recife.

3 AVALIAÇÃO E QUALIDADE EM SAÚDE

“Avaliar é uma responsabilidade.”

Takeda e Diercks.

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias na saúde passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde e na implementação das políticas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem ser encontradas na literatura de forma muito diversificada. Novaes (2000, p.553), para sintetizar as principais modalidades de avaliação em tipologias, selecionou os seguintes critérios ou variáveis:

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

Para Schraiber *et al.* (1999), as atividades de avaliação mais freqüentemente exercidas pelos serviços de saúde são as voltadas para a verificação das metas mais gerais do plano e administração de recursos. Se estas são dimensões evidentemente importantes do trabalho da gerência, são também, por outro lado, limitadas na sua capacidade de dialogar com o trabalho direto. Há uma grande necessidade de se institucionalizar as práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde como os da atenção primária que envolve processos de trabalhos diversos.

Segundo FIGUEIRÓ et al. (2004) a avaliação é fundamental para a compreensão das ações realizadas e dos resultados obtidos no campo da atenção à saúde, permitindo a verificação da execução e da qualidade das ações desenvolvidas. Além de ser um importante instrumento para a tomada de decisões, a avaliação orienta a correção, reorganização, reestruturação, implantação e implementação de políticas, programas e projetos e de novas práticas nos serviços de saúde (FREESE et al., 2005).

Uma das mais citadas e difundidas concepções de avaliação é a de que “a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Se segundo os autores, este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas - avaliação normativa - ou se elaborar a partir de um método científico - pesquisa avaliativa (figura 1).

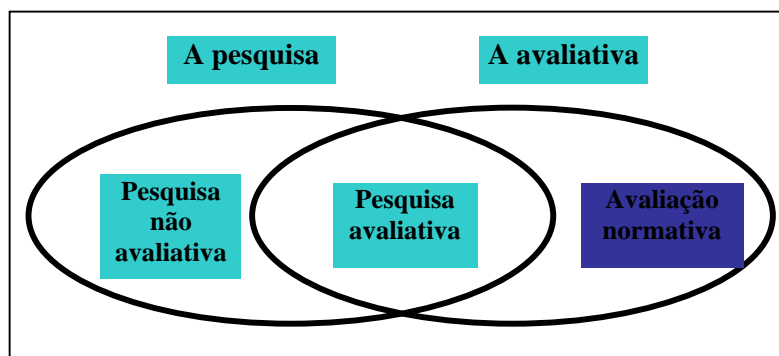


Figura 1. Pesquisa e avaliação.
Fonte: Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 31)

A avaliação normativa é resultado da aplicação de critérios e normas. Inscreve-se dentro de um procedimento de verificação da conformidade dos componentes da intervenção (estrutura, processo e resultado) em relação às referências, o que é feito e o que deve ser feito, de forma desejável, de acordo com as normas existentes. Portanto, tem como postulado a existência de uma forte relação entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (Figura 2) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

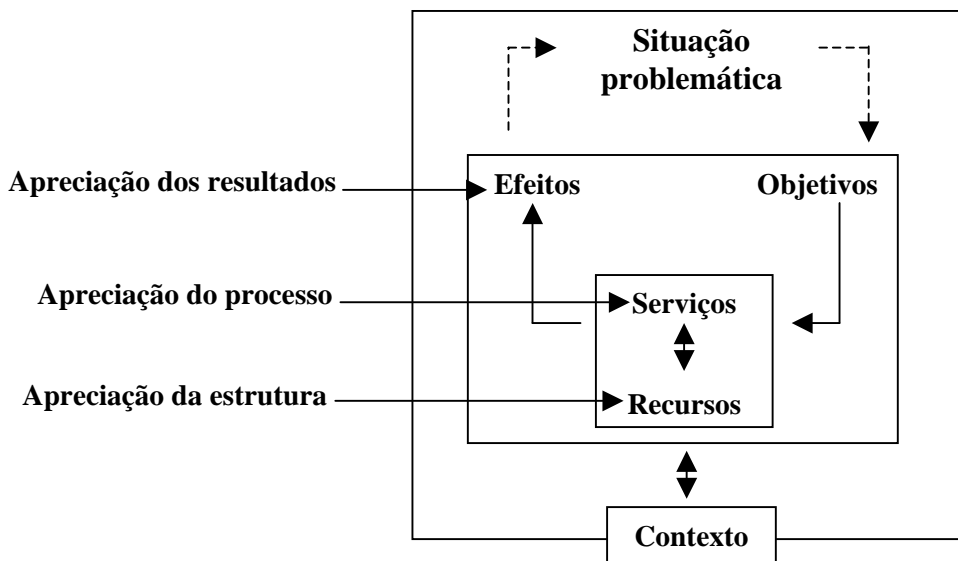


Figura 2. A Pesquisa Normativa.
Fonte: Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 32)

A Pesquisa Avaliativa busca investigar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, o rendimento e as relações entre a intervenção e o contexto através de uma série de análises. Permite analisar e compreender as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção. Visa não só medir o que é produzido pela intervenção, mas também compreender como e por quê? (Figura 3) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

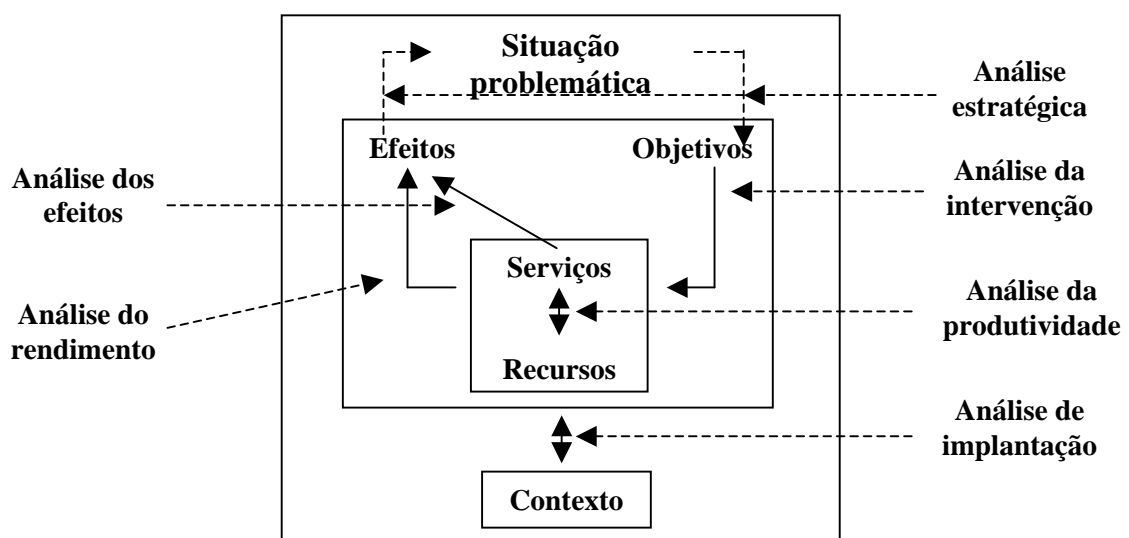


Figura 3. A Pesquisa Avaliativa.
Fonte: Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 33)

A análise de implantação, uma tipologia da pesquisa avaliativa, se interessa, de modo geral, ao estudo dos determinantes e da influência da variação na implantação sobre os efeitos trazidos pela intervenção. Ela visa, por último, entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos. Portanto, se interessa pelas relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto em relação à produção dos efeitos (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A análise de implantação se apóia conceitualmente na análise da influência sobre três componentes (DENIS; CHAMPAGNE, 1997):

- Componente 1: dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- Componente 2: das variações da implantação na sua eficácia;
- Componente 3: da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados – avaliação do processo.

Em síntese, o primeiro componente busca entender as variações na implantação da intervenção em função de elementos contextuais, de modo que o grau de implantação de uma intervenção represente a variável dependente que será posta em relação com as características contextuais do meio de implantação. O segundo componente busca analisar a influência do grau de implantação da intervenção. Ao executar esta análise, a variável independente é o grau de implantação da intervenção e as variáveis dependentes são os efeitos observados após a introdução da intervenção. Por fim, o terceiro componente analisa a influência da interação entre a intervenção e o contexto de implantação visando explicar as variações dos efeitos observados após a introdução de uma intervenção. O autor frisa ainda, que essa interação ou interdependência entre a implantação e o contexto pode ser sinérgica ou antagônica (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Segundo essa tipologia, a análise do contexto é etapa fundamental da análise de implantação, principalmente no seu primeiro e terceiro componentes (BODSTEIN, 2002). Este autor enfatiza que a análise do contexto de implantação é fundamental para se alcançar uma compreensão mais global da intervenção, uma vez que a presença de atores, interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção. Além disso, também influencia na distância entre o planejado e o executado.

Vedung (1997 apud FELISBERTO *et al.*, 2006) apresenta quatro propósitos de âmbito mais gerais que podem ser caracterizados como objetos da avaliação: a avaliação orientada para a prestação de contas e conseqüentemente julgamento sobre a pertinência ou não da continuidade de um programa; a avaliação voltada para a melhoria dos programas a partir de seu conhecimento mais afinado; a avaliação de conhecimentos básicos caracterizada pela busca em aumentar o entendimento geral da realidade, e aquela voltada para os propósitos estratégicos, utilizada para esconder negligências e fracassos ou ressaltar dimensões mais positivas dos programas, tornando-os aparentemente mais promissores que a realidade.

Um propósito mais específico da avaliação de programas e políticas apontado por Draibe (2001) é a busca pela melhoria das políticas e ação do Estado, ao recomendar e sugerir modificações na formulação, na implementação e nos resultados. Assim, a avaliação pode ser entendida como um instrumento valioso de contribuição para o delineamento e aprimoramento dos programas e políticas públicas a fim de oferecer adequada atenção aos cidadãos (FARIA, 2001). Nesse mesmo sentido, Tanaka e Melo (2001) indicam que a incorporação da avaliação na prática dos programas busca contribuir para a melhoria de qualidade do serviço prestado.

Segundo Schraiber *et al.* (1999), a corrente de avaliação mais conhecida, quando se trata de serviços assistenciais de saúde, é a da avaliação e garantia de qualidade, representada, principalmente, nos trabalhos clássicos de Donabedian. Para eles, avaliação da qualidade é o exame sistemático para determinar até que ponto uma entidade é capaz de atender aos requisitos especificados.

Avaliação e qualidade são campos estreitamente relacionados. Para conhecer a qualidade ou para melhorá-la é necessário avaliar (BRASIL, 2006b).

A avaliação da qualidade de um serviço de saúde pode ser abordada por diferentes ângulos, como exemplo: para Noronha (1996 apud RIBEIRO FILHO, 2004) quando se avalia um serviço prestado considerando o ponto de vista do usuário o que prevalece é a falta de conhecimento técnico específico, o conforto e a humanidade no relacionamento com os profissionais. Os médicos tendem a enfatizar os aspectos técnicos da assistência e tendem a examinar o impacto mais sobre o indivíduo do que sobre as populações.

Em relação à qualidade, é comum a concepção de que se trata de um campo bastante subjetivo. Vuori (1991) relata que a qualidade tem muitas facetas e autores diferentes podem empregar significados distintos para este termo. Para ele, quando se fala de qualidade é preciso especificar os seus aspectos, qualidade definida por quem e qualidade definida para quem.

Este autor define a qualidade dos serviços de saúde através de oito componentes ou características desejáveis de cuidados que são: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.

Donabedian (1980) propõe três dimensões para análise da qualidade da produção dos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral dos Sistemas: input-process-output.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes. E os resultados são os produtos das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABEDIAN, 1988).

O referido autor considera o processo como a melhor abordagem para avaliar a qualidade do cuidado. Ressalta, também, a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e, conseqüentemente, de seus resultados. Alerta, contudo, que o uso isolado de qualquer uma destas abordagens apresenta-se insuficiente e que a melhor estratégia seria a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (DONABEDIAN, 1988).

3.1 A Política de Avaliação no SUS e a proposta metodológica da Avaliação para a Melhoria da Qualidade no Saúde da Família:

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda

não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005b).

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade.

[...] institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas (HARTZ, 2002, p.419).

Requer, assim, o enfrentamento de aspectos (i) técnicos - definição de critérios, indicadores e instrumentos, (ii) culturais-organizacionais – referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e (iii) políticos - relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde (MEDINA e AQUINO, 2002).

Com o objetivo de fomentar a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país, o Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial (BIRD) criou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), com investimentos previstos na ordem de US\$ 500 milhões a serem investidos no período de 2002 a 2009. Um dos três componentes básicos para investimento do projeto objetiva apoiar a estruturação e implementação de metodologias e instrumentos para o acompanhamento e a avaliação sistemática da atenção básica, observando aspectos estruturais, de processo e de desempenho dos serviços de saúde. A institucionalização da avaliação da atenção básica é um dos focos deste componente (BRASIL, 2003a).

Segundo Felisberto (2004), ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

Baseado nisto, o Ministério da Saúde criou, em 2005, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) – Qualificação da Estratégia Saúde da Família. Integrando o conjunto de ações pertencentes ao Componente III (Avaliação e Monitoramento) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), esta metodologia de auto-gestão ou gestão interna visa o desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade, direcionado especificamente para este modelo de atenção, que, por meio de instrumentos de auto-avaliação diferenciados, oferece aos gestores municipais, coordenadores e profissionais, a possibilidade de identificar pontos críticos, acompanhar o processo de implantação da estratégia e o desenvolvimento da qualidade da Saúde da Família de maneira incremental e permanente (BRASIL, 2006a).

Segundo o próprio Ministério, a criação do AMQ justifica-se, em grande parte, pela grande expansão da estratégia Saúde da Família ocorrida na última década que resultou na ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde. Coloca, ainda, que o grande desafio atual para as três esferas de gestão está centrado na melhoria da qualidade das ações e serviços prestados (BRASIL, 2005b).

A abordagem metodológica da Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família, está ancorada em instrumentos de auto-avaliação que, simultaneamente, possibilitam o diagnóstico da situação de implantação/qualidade e atuam como referencial pedagógico, fomentando boas práticas. Para isso, utiliza-se de conjuntos de padrões de qualidade categóricos (sim ou não), organizados em estágios de qualidade ascendentes, incrementais (BRASIL, 2006a).

Nos instrumentos de auto-avaliação da AMQ, o conceito de estágios de qualidade perpassa a proposição de cada um dos padrões, assim colocados (BRASIL, 2006a, p.36):

- Padrões do Estágio E – qualidade elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da Estratégia Saúde da Família);
- Padrões do Estágio D – qualidade em desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);
- Padrões do Estágio C – qualidade consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações);
- Padrões do Estágio B – qualidade boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);

- Padrões do Estágio A – qualidade avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados).

Para esta proposta metodológica, qualidade da atenção à saúde é definida como o grau de atendimento a padrões (de qualidade) baseados nas diretrizes estabelecidas para o SUS e para a estratégia Saúde da Família, assim também como nas necessidades de saúde e expectativa dos usuários, suas famílias e comunidade; considerando-se os profissionais envolvidos na intervenção e respeitando os conhecimentos técnicos e científicos atuais, de acordo com as normas e os valores culturalmente aceitos (BRASIL, 2006a).

Unidade de análise	Dimensão de análise	Subdimensão de análise
Gestão	Desenvolvimento da estratégia SF	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação/ Implementação • Integração da rede de serviços • Gestão do trabalho • Fortalecimento da gestão SF
	Coordenação Técnica da Equipes	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e integração • Acompanhamento da ESF • Educação permanente • Gestão da avaliação • Normatização
	Unidade de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> • Infra-estrutura e equipamentos da USF • Insumos, imuno-biológicos e medicamentos.
Equipe	Consolidação do Modelo de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do trabalho em SF • Acolhimento, humanização e responsabilização • Promoção da saúde • Participação comunitária • Vigilância à saúde I: ações gerais
	Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde da criança • Saúde do adolescente • Saúde de mulheres e homens adultos • Saúde do idoso • Vigilância à saúde II: doenças transmissíveis • Vigilância à saúde III: agravos regionalizados • Padrões loco-regionais

Quadro 1 - Unidades, dimensões e subdimensões de análise, conforme proposta metodológica da AMQ.

Fonte: Brasil (2006a, p. 30)

A avaliação da qualidade através desta metodologia se dá ao nível da gestão e das equipes de saúde da família, enquanto unidades de análise. Estas unidades de análise, por sua vez, são subdivididas em dimensões e subdimensões (Quadro 1) (BRASIL, 2006a).

A AMQ considera ainda os elementos de estrutura, processo e resultado, tendo como uma de suas referências conceituais o modelo proposto por Donabedian, baseado na teoria dos sistemas. A partir deste modelo, são focos de análise dos serviços de saúde e das práticas assistenciais: estrutura (insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico, organização normativa), processo (aspectos organizativos, técnico-científicos e interpessoal), e resultados (acesso, adequação, efetividade e mudanças na saúde da população) (BRASIL, 2006a).

Uma primeira avaliação do AMQ, realizada pelo Ministério da Saúde em 2006, demonstrou um bom nível de adesão dos municípios à metodologia. Até o final do ano, havia 542 municípios cadastrados no sistema que dá suporte processual ao método. A esses municípios, correspondiam 1101 unidades e 1430 equipes inseridas no aplicativo e realizando a auto-avaliação. A maior parte dos municípios que tinham aderido ao AMQ pertencia aos estados das regiões Nordeste e Sudeste. Algumas condições desfavoráveis para a implantação do AMQ nos municípios foram apontadas, sendo uma delas a baixa adesão dos profissionais médicos e a pouca integração das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2007d).

4 A PESQUISA: ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

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

Marcel Proust.

A pesquisa foi realizada através de duas partes bem delimitadas, que serão apresentadas e caracterizadas, paulatinamente, ao longo deste capítulo.

4.1 - Desenho do estudo

A estratégia de pesquisa condizente com a pergunta norteadora deste trabalho foi delineada como um estudo avaliativo, parte avaliação normativa e parte de pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). A primeira parte do estudo, a avaliação normativa, teve um caráter descritivo, por estabelecer o nível de qualidade da atenção em saúde bucal no PSF do Recife através de padrões de qualidade da AMQ. Já a segunda parte, a pesquisa avaliativa, teve um caráter exploratório. Nesta etapa, foi realizada uma análise do contexto - componente 1 da análise de implantação de Denis e Champagne (1997) - e buscou-se entender as variações na implantação (nível de qualidade) da intervenção em função de elementos contextuais.

A utilização da análise de implantação se justifica neste estudo, pois o que se espera da estratégia Saúde da Família como resultado é o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes por parte dos gestores, coordenadores e profissionais, assim como iniciativas voltadas para mudanças no processo de trabalho e nas práticas das equipes. Segundo Denis e Champagne (1997), a implantação de uma intervenção supõe necessariamente mudanças organizacionais, isto é, processos complexos de adaptação e de apropriação das políticas ou programas nos diferentes meios em questão. Assim, a análise de implantação se orienta no estudo dos processos de mudança ocorridos após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma intervenção.

Para a condução da análise de implantação, o estudo de caso pareceu ser uma estratégia de pesquisa particularmente útil, pois o foco do estudo se encontrava em fenômenos que não podem ser dissociados do seu contexto.

Para Yin (2005), um estudo de caso é uma investigação contemporânea dentro de seu contexto da vida real, especialmente utilizado quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Portanto, usa-se o método de estudo de caso, quando deliberadamente se queira lidar com condições contextuais, acreditando que elas podem ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo.

A necessidade pelo estudo de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. O estudo tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto delas: o motivo pelo qual foram tomadas; como foram implementadas e com quais resultados (YIN, 2005).

Segundo este mesmo autor, há, no mínimo, cinco aplicações diferentes para o estudo de caso. A mais importante é explicar os supostos vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais para as estratégias experimentais. Na linguagem da avaliação, esta aplicação teria o papel de unir a implementação do programa aos seus efeitos. Uma segunda aplicação é descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre. Em terceiro lugar, os estudos de caso podem ilustrar certos tópicos dentro de uma avaliação, outra vez de modo descritivo. A quarta aplicação é que a estratégia de estudo de caso pode ser utilizada para explorar aquelas situações nas qual a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados. Em quinto lugar, o estudo de caso pode ser uma “meta-avaliação”, ou seja, o estudo de um estudo de avaliação (YIN, 2005).

O estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das variações destas relações no tempo. A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade do caso e não do número de unidades (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

4.2. Área de estudo

A área do estudo compreendeu o Município do Recife, que possuía uma população estimada em 2007, de 1.568.121 habitantes, segundo dados do IBGE (2007), distribuídas num espaço totalmente urbano. O processo histórico de ocupação urbana foi fortemente caracterizado à custa de aterros sobre rios, mangues e alagados. Mais recentemente, o processo de ocupação vem sendo caracterizado pelas construções verticalizadas em alguns bairros e pela ocupação de áreas em morros e córregos da periferia.

A Cidade expressa na sua configuração físico-territorial as diferenças provocadas pelo quadro sócio-econômico que se consolidou ao longo de sua história. O Recife exibe a convivência de seus habitantes próximos territorialmente, mas separados por enormes diferenças sociais.

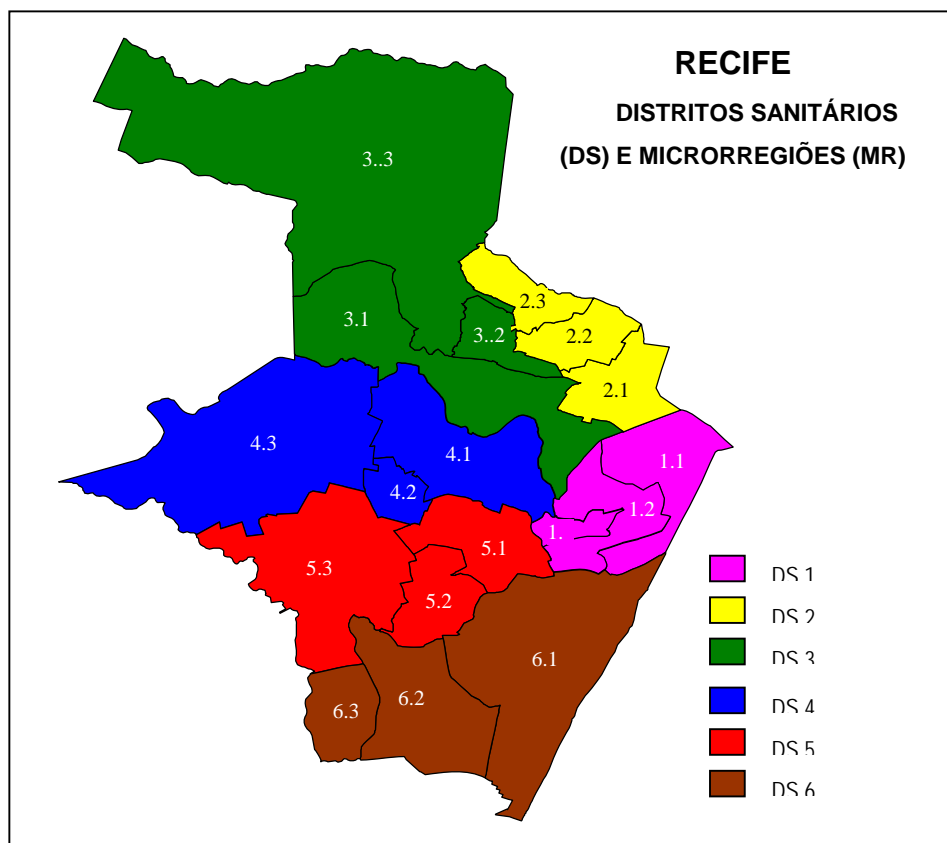


Figura 4 – Divisão territorial do Recife por Regiões político-administrativas e microrregiões.

Fonte: Recife (2005b, p. 9)

O território do Município é dividido, desde 1988, em 94 bairros, mediante Decreto N°. 14.452/88. Para efeito de planejamento e gestão, o Recife também é dividida territorialmente em seis Regiões Político-Administrativa (RPA), sendo que cada uma destas subdivida em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (Figura 4).

Até outubro de 2007, momento de fechamento da pesquisa de campo, a rede ambulatorial básica de saúde na Cidade do Recife era composta por 110 Unidades de Saúde da Família e 29 Unidades Básicas Tradicionais (centros de saúde). Atuavam nestas USF 224 Equipes de Saúde da Família e 107 Equipes de Saúde Bucal. Apesar do aumento expressivo na cobertura do Programa Saúde da Família ocorrida nos últimos anos, apenas 49,7% da população do Recife encontrava-se assistida por esse modelo de atenção. Na saúde bucal a cobertura era menor, 24,2% da população.

A rede ambulatorial especializada era composta por mais de 70 serviços de referência em várias modalidades assistenciais. Neste nível de atenção, a saúde bucal contava com quatro Centros de Especialidades Odontológicas e quatro Serviços de Pronto Atendimento. Possuía, ainda, uma grande rede hospitalar do SUS. Entretanto, a maioria das unidades e leitos localizados no território municipal estava sob gestão estadual.

A estrutura gerencial da Secretaria de Saúde do Recife encontrava-se organizada através do Gabinete do Secretário de Saúde e assessorias, do Conselho Municipal de Saúde, de seis Distritos Sanitários (I, II, III, IV, V e VI) e de seis diretorias: Diretoria Planejamento e Gestão (DPG); Diretoria de Atenção à Saúde (DAS); Diretoria de Administração Setorial (DAS); Diretoria de Vigilância à Saúde (DVS); Diretoria de Gestão do Trabalho (DGT) e Diretoria de Regulação (DR) (Figura 5).

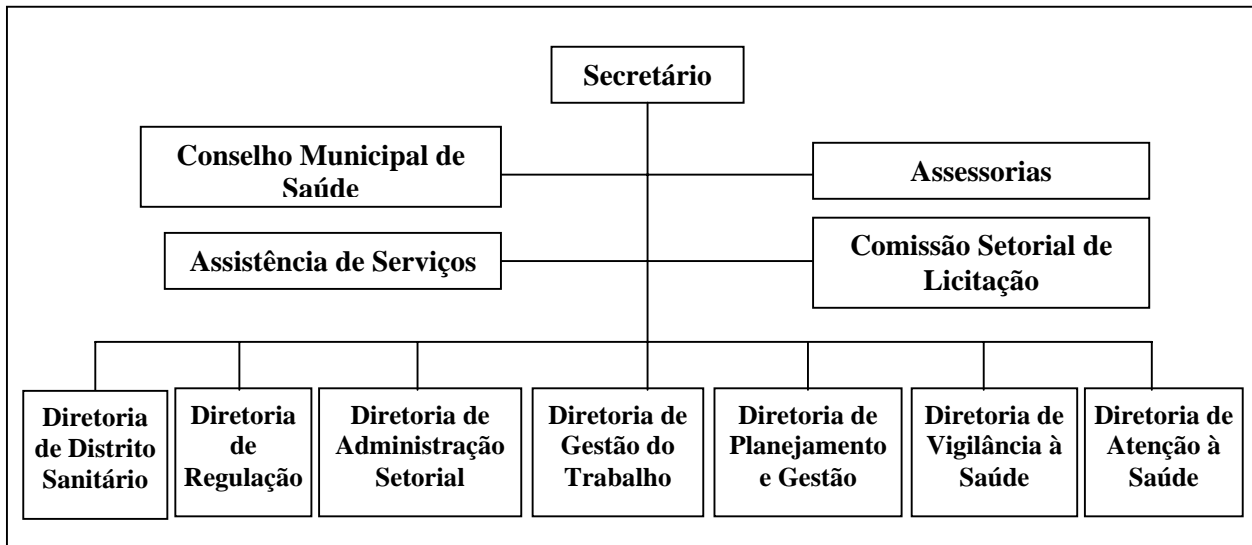


Figura 5 – Organograma Secretaria de Saúde – Gabinete, Recife – 2007.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

Já os Distritos Sanitários possuíam como estrutura gerencial: a diretoria do distrito e suas assessorias, o Conselho Distrital de Saúde, Núcleo de Educação em Saúde, três Gerências de Território e quatro Gerências Operacionais com suas respectivas subdivisões (Figura 6).

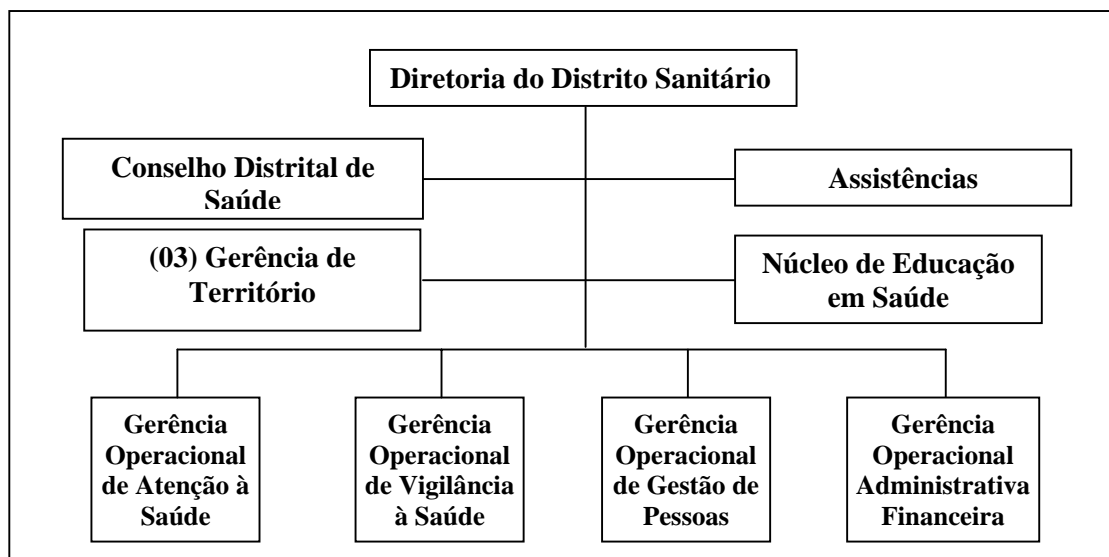


Figura 6 – Organograma distrito sanitário, Recife – 2007.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife

4.3 - População de estudo e período de referência

Na primeira parte da pesquisa, a população de estudo para a coleta dos dados de qualidade da atenção à saúde bucal correspondeu aos cirurgiões-dentistas das 107 Equipes de Saúde Bucal, até então implantadas no Recife, e a dois gestores (gestor municipal de saúde e gestor municipal de saúde bucal). Esta parte do estudo foi de corte transversal, mas a coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2007.

Dos 107 cirurgiões-dentistas, 100 (93,45%) participaram da pesquisa. Quatro não quiseram participar (3,74%), dois estavam de licença médica e sem previsão de volta às suas atividades (1,87%) e um havia pedido demissão (0,9%). Apesar da estratégia utilizada, de contar com a ajuda dos coordenadores distritais de saúde bucal para a distribuição e coleta dos questionários (o que foi feito de forma oficial, através de comunicado interno do distrito – CI), o processo foi bastante conturbado. Boa parte do material só foi resgatada após sucessivos contatos com os participantes e indo diretamente nas unidades de saúde. A principal razão para essa dificuldade foi a realização do concurso público para os cargos do PSF, que gerou um estado generalizado de insegurança e desinteresse. Para a maioria, o resultado do concurso foi negativo. Não tendo passado no concurso, foi mais difícil ainda conseguir que estes profissionais respondessem ao questionário. Por fim, um grupo de candidatos não aprovados entrou com uma série de recursos na justiça contra o concurso, o que só veio a piorar o nível de incerteza entre aprovados e não aprovados. Apesar dessas dificuldades, conseguiu-se um número de participação satisfatório. A tabela 2 apresenta a distribuição do número de cirurgiões-dentistas por distrito sanitário e percentual de participação na pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição do número de cirurgiões-dentistas por distrito e percentual de participação na pesquisa. Recife – 2007.

Distrito Sanitário	Número de ESB	Número de ESB participante	%
DS I	8	8	100
DS II	19	17	89,47
DS III	18	16	88,88
DS IV	20	19	95
DS V	14	14	100
DS VI	28	26	92,85
TOTAL	107	100	93,45

Fonte: Autor.

Os dois gestores (gestor municipal de saúde e o gestor municipal de saúde bucal) responderam aos questionários, sendo que o primeiro respondeu através de sua assessoria (o que é possível de acordo com a proposta metodológica da AMQ).

Na segunda parte da pesquisa, na análise do contexto, havia a intenção de abordar oito atores (interlocutor-chave), sendo eles: gestor municipal de saúde; um gestor distrital; dois ex-gestores distritais (A e B); três gestores distritais de saúde bucal (A, B e C); gestor municipal de saúde bucal. Esta etapa do estudo foi de corte longitudinal, pois se buscou nestes atores, informações que pudessem remontar alguns aspectos contextuais da expansão do PSF. De todos os atores pretendidos, apenas o gestor municipal de saúde não apresentou disponibilidade para a participação na entrevista, mesmo após várias solicitações.

Um interlocutor-chave é a pessoa que fornece ao pesquisador do estudo percepções e interpretações sobre o assunto, como também pode sugerir fontes nas quais se podem buscar evidências corroborativas ou contrárias, e pode-se iniciar a busca a essas evidências (YIN, 2005).

4.4 - Fontes e instrumentos de coleta de dados

Na primeira parte do estudo foram utilizados, como instrumento de coleta dos dados de qualidade da saúde bucal, questionários estruturados contendo padrões de qualidade da AMQ. Para tanto, foram selecionados os padrões de qualidade relacionados à atenção à saúde bucal.

Os questionários estruturados foram distribuídos entre os cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal do Recife (APÊNDICE A), além dos gestores (Gestor Municipal de Saúde e Gestor Municipal de Saúde Bucal, APÊNDICE B e C respectivamente) e depois foram recolhidos, configurando uma auto-aplicação do instrumento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para a proposta metodológica da AMQ (BRASIL, 2006a). Além dos questionários, os profissionais receberam uma Carta Convite (APÊNDICE D), contendo explicações sobre o estudo e o preenchimento do questionário, e um Cartão Resposta, onde foram consolidadas as respostas (APÊNDICE E, F e G).

As respostas aos padrões foram exclusivamente do tipo categórico, tipo “SIM e NÃO” (os entrevistados responderam se estavam ou não em conformidade com determinado padrão).

Souza *et al.* (2005), define os questionários como dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo. A semelhante ou diferente distribuição desses atributos entre os diversos grupos é avaliada em termos de significância estatística.

Na segunda parte do estudo, a análise do contexto, foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Realizada através de Roteiros de Entrevistas (APÊNDICE H), esta etapa teve como finalidade captar questões relativas ao contexto de implantação da estratégia a partir dos atores. De acordo com Souza *et al.* (2005), os roteiros de entrevista são guias que sinalizam tópicos dos caminhos a seguir. Ele busca a intensividade e as diferenciações de significados de fatos, relações e representações. O roteiro de entrevista semi-estruturada é apoiado nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos, podendo ser organizados em tópicos temáticos.

É importante lembrar que o período de referência desta parte do estudo foi de 2001 até o momento de realização da coleta de dados (meados de 2007), mas que o período de maior expansão do PSF no Recife foi entre 2001-2004. Esta é a razão pela qual foram entrevistados dois ex-gestores, pois eles foram considerados interlocutores-chave importantes neste período inicial.

As entrevistas foram realizadas individualmente, pelo próprio autor da pesquisa, e gravadas em áudio num aparelho MP3 Player (Marca Sandisk, modelo Sansa, 1GB).

Também foi realizada a análise documental do Plano Municipal de Saúde 2002-2005, o Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde 2006-2009, os Relatórios de Gestão (2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006) os Balanços de Gestão (2003; 2001-

2004 e Caderno de Saúde 2007) e Protocolo de Atendimento Odontológico nos Serviços de Saúde da Rede Pública da Cidade do Recife.

Esta segunda parte do estudo configurou-se como uma metodologia qualitativa, que de acordo com Haguette (1992), é um método superior quando se busca a compreensão profunda de fenômenos sociais complexos, apoiados na relevância do aspecto subjetivo, da ação social.

4.5 - Categorias analíticas

A primeira parte do estudo teve como referencial teórico a proposta metodológica de Avaliação para Melhoria da Qualidade no Saúde da Família, portanto, assumiu como unidades de análise as dimensões da gestão e das equipes de saúde, conforme estabelecido na própria metodologia. O grau de qualidade na dimensão das equipes foi estabelecido entre os Distritos Sanitários do Recife. Outra categoria de análise foi o tipo de padrão (A, B, C, D e E), também de acordo com a proposta do AMQ.

As unidades de análise, por sua vez, são subdivididas em dimensões e subdimensões, (Quadro 2) (BRASIL, 2006a). Cada dimensão de análise apresentada no quadro 2 constitui um questionário específico na AMQ, contendo padrões de qualidade que dizem respeito às subdimensões de análise correspondente. Como este estudo não pretendeu avaliar o grau de qualidade da estratégia Saúde da Família como um todo, mas só o da atenção à saúde bucal, somente as subdimensões relativas a este tipo de atenção e seus respectivos padrões de qualidade foram utilizados.

Assim, não foram utilizadas as subdimensões: Vigilância à Saúde II: doenças transmissíveis, Vigilância à saúde III: agravos regionalizados e Padrões loco-regionais, por não terem padrões diretamente relacionados ao objeto de estudo. Os demais foram utilizados (Quadro 2).

Unidade de análise	Dimensão de análise	Subdimensão de análise
Gestão	Desenvolvimento da estratégia SF	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação/ Implementação • Integração da rede de serviços • Gestão do trabalho • Fortalecimento da gestão SF
	Coordenação Técnica da Equipes	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e integração • Acompanhamento da ESF • Educação permanente • Gestão da avaliação • Normatização
	Unidade de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> • Infra-estrutura e equipamentos da USF • Insumos, imuno-biológicos e medicamentos
Equipe	Consolidação do Modelo de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do trabalho em SF • Acolhimento, humanização e responsabilização • Promoção da saúde • Participação comunitária • Vigilância à saúde I: ações gerais
	Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde da criança • Saúde do adolescente • Saúde de mulheres e homens adultos • Saúde do idoso

Quadro 2 - Unidades, dimensões e subdimensões de análise, conforme proposta metodológica da AMQ, que possuem relação direta a atenção à saúde bucal.

Fonte: Adaptado de Brasil (2006a)

Ao todo, foram aplicados 158 padrões, distribuídos da seguinte forma (Tabela 3):

Tabela 3 - distribuição dos padrões de qualidade aplicados segundo estágio de desenvolvimento e unidade de análise.

Unidades de análise Padrões de Qualidade	Gestão	Equipes	TOTAL
Estágio A	21	9	30
Estágio B	20	13	33
Estágio C	18	14	33
Estágio D	20	17	37
Estágio E	12	14	26
TOTAL	91	67	158

Fonte: Autor.

As categorias analíticas da segunda parte do estudo foram retiradas a partir do modelo de análise de política proposto por Walt e Gilson, e operacionalizado por Araújo e Maciel Filho

(2001). Os autores estabelecem quatro categorias de análise para análise compreensiva (completa) de políticas públicas – contexto, conteúdo, atores e processo. Desse grupo de categoria foi utilizado, neste estudo, o componente do contexto. De acordo com o modelo, o contexto compreende o ambiente social, político e econômico em que a política é proposta e implementada, entendendo que é histórica e comprometida com estes contextos, no sentido de modificá-lo ou perpetuá-lo. Esta categoria é operacionalizada a partir das subcategorias: macro contexto, entendido como os aspectos políticos, econômicos e sociais da realidade mais geral em que se insere a política; e micro contexto, aspectos do setor aos qual se destina, neste caso, o setor saúde. Apenas o micro contexto foi utilizado neste estudo, através das seguintes categorias analíticas: aspectos político setorial, técnico e administrativo.

Como relatado anteriormente, o componente 1 da análise de implantação visa definir a influência dos fatores contextuais no grau de implantação da intervenção. Contudo, neste estudo, não se trabalhou com o grau de implantação, mas com um aspecto similar a este, que é o grau de qualidade, entendo-o como um momento de um processo de maturação natural da qualidade do serviço saúde (BRASIL, 2006a).

Para fins desta pesquisa, qualidade em saúde foi definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos (BRASIL, 2006a).

4.6 - Processamento dos dados

Os dados dos questionários de qualidade consolidados nos cartões resposta pelos participantes da pesquisa foram digitados no software Microsoft Excel para a construção do banco de dados, tabulados por unidade de análise (gestão e equipe, sendo está última, por distrito e tipo de padrão) e construção de gráficos.

As entrevistas gravadas foram copiadas a partir do MP3 Player para uma pasta específica no computador onde foram armazenadas. Em seguida, as entrevistas foram transcritas.

4.7 - Análise dos dados

A primeira parte do trabalho configurou-se como uma pesquisa descritiva, por estabelecer o grau de qualidade da atenção à saúde bucal no Recife, como se segue:

- GQASB(G) = Grau da qualidade da atenção à Saúde Bucal no âmbito da gestão;
- GQASB(E) = Grau da qualidade da atenção à Saúde Bucal no âmbito das equipes por DS.

O GQASB(G) correspondeu ao percentual (frequência relativa) de respostas “SIM” a todos os padrões de qualidade aplicados no nível da gestão (ao todo, 92 padrões aplicados uma única vez). O juízo de valor ao GQASB(G) está apresentado na tabela 4.

O GQASB(E), por sua vez, foi a média aritmética do percentual (frequência relativa) de respostas “SIM” a todos os padrões de qualidade aplicados no nível das equipes, por DS. Portanto, os 67 padrões foram aplicados às 107 ESB. O juízo de valor ao GQASB(E) foi o mesmo apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Valores percentuais (frequência relativa) do grau de qualidade e seus níveis de qualidade correspondentes.

Valor percentual	Níveis de qualidade
Até 20%	Péssimo
> 20% a 40%	Mal
> 40% a 60%	Regular
> 60% a 80%	Bom
> 80% a 100%	Ótimo

Fonte: Autor.

Outra forma de análise adotada neste estudo, foi o grau de qualidade da atenção à saúde bucal por DS e por padrões de qualidade (A, B, C, D e E) - GQASB(P) -, o que permitiu uma análise da

influência da estrutura, processo e resultado no nível de qualidade no âmbito das equipes entre os DS. Correspondeu ao percentual (frequência relativa) de respostas “SIM” a todos os padrões de qualidade aplicados no nível das equipes, por tipo de padrão e por DS. O juízo de valor ao GQASB(P) foi o mesmo apresentado na tabela 4.

A segunda parte teve um caráter mais analítico, pois se buscou a compreensão do grau de qualidade em função do contexto dos distritos e da Secretaria de Saúde como um todo.

O tratamento analítico consistiu em um conjunto de procedimentos que organizaram os dados de modo que eles revelassem, com a objetividade e isenção possíveis, como os grupos em questão perceberam e se relacionaram com o foco do estudo em pauta, neste caso, a definição e comparação dos contextos entre os distritos selecionados.

Para tanto, foi utilizada a Análise de Conteúdo. Através desta técnica, o pesquisador recolhe comportamentos verbais que servem de indicadores que, agrupados, constituem unidades da vida real. O objetivo central da análise de conteúdo reside em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo e qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria, podendo generalizar-se e ordenar-se em um sistema de hipóteses (TOBAR e YALOUR, 2001).

Cabe esclarecer que muitas vezes o processo de análise aconteceu de modo simultâneo com a coleta de dados. Por adotar um processo indutivo, onde as categorias e hipóteses explicativas se formam a partir dos dados, é procedimento habitual de pesquisa qualitativa refletir e analisar resultados parciais, visando melhor adequar os procedimentos de coleta de dados aos objetivos da pesquisa (COTRIM, 1996).

As categorias de análise foram construídas para uma leitura e um agrupamento superficial dos dados de qualidade, das entrevistas e dos textos, para que a sistematização pudesse ser facilitada.

4.8 - Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) do CPqAM/FIOCRUZ, onde foi registrado (nº26/07) e submetido à avaliação dos aspectos éticos.

Após apreciação do Comitê de Ética, houve algumas ressalvas, que foram acatadas. Estando de acordo com as Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/ FIOCRUZ e Resolução 196/96 do CNS, foi obtido parecer favorável à realização do trabalho (ANEXO A).

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

Também foi aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) a todos os membros participantes da pesquisa (gestores do nível central e distrital e membros da equipe de saúde bucal do Programa Saúde da Família do Recife), com a finalidade de esclarecê-los sobre o propósito da pesquisa e os riscos potenciais incorridos na sua participação.

A participação neste estudo não causou nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica dos participantes, podendo, contudo, ter havido algum tipo de desconforto quando da troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais. Procurou-se reduzir estes efeitos mantendo-se em sigilo qualquer tipo de identificação pessoal dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“... é do sonho dos homens que uma cidade se inventa...”.

Carlos Pena Filho - Poeta

Os itens deste capítulo foram organizados a partir das categorias de análise. Inicialmente é analisada a qualidade da atenção, através do questionário e em seguida, o contexto, onde também é realizada a discussão.

5.1 Níveis de qualidade da atenção à Saúde Bucal no Programa Saúde da Família do Recife

Nesta sessão serão apresentados os resultados sobre o grau de qualidade da atenção à saúde bucal e suas variantes, como estabelecidas na metodologia. Será feito ainda, uma breve discussão sobre os principais achados. É importante destacar que existem poucos trabalhos realizados e divulgados utilizando os padrões de qualidade da AMQ, o que de certa forma dificultou uma discussão mais aprofundada sobre os resultados.

Os Gráficos apresentados a seguir, são resultantes da análise das 100 Equipes de Saúde Bucal (das 107 existentes no período da coleta de dados) que responderam aos questionários contendo os padrões de qualidade. Eles serão analisados em função do percentual de respostas “SIM” obtidas a partir dos padrões de qualidade aplicados, o que será chamado - conformidade.

O gráfico 1 mostra a distribuição da conformidade dos padrões “A”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e sua média (Recife). Cabe ressaltar que os padrões “A” estão, segundo a proposta metodológica da AMQ, relacionados a uma qualidade avançada, colocando-se como horizonte a ser alcançado com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados.

O gráfico mostra-se, quase que perfeitamente dividido, com três distritos (I, II, IV) abaixo da média e com valores muito próximos e outros três (III, V, VI) acima da média e também com valores muito próximos. Além disso, estes dois grupos estão quase que dez pontos percentuais abaixo e acima da média. Percebe-se ainda que a menor conformidade seja a do DS II. Podemos classificar a conformidade dos distritos I, II e IV como “MAL”, enquanto que os distritos III, IV e VI tiveram uma conformidade “REGULAR”.

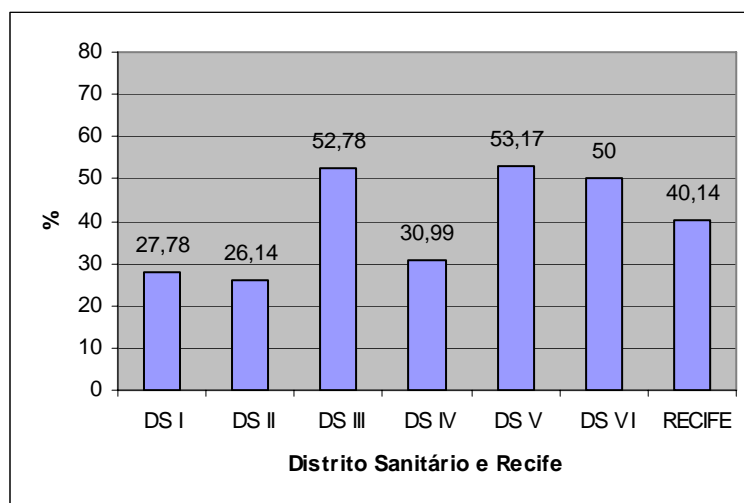


Gráfico 1 - Distribuição das conformidades em relação aos padrões “A”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.

Fonte: Autor.

O gráfico 2 mostra a distribuição da conformidade dos padrões “B”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e sua média (Recife). Os padrões “B” denotam uma qualidade boa. Abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados. O gráfico mostra-se mais equilibrado do que o anterior, contudo, a participação do DS I e II puxam a média para baixo. O DS III continua apresentando os melhores resultados. Apesar dessas diferenças, todos os distritos tiveram uma conformidade “REGULAR”.

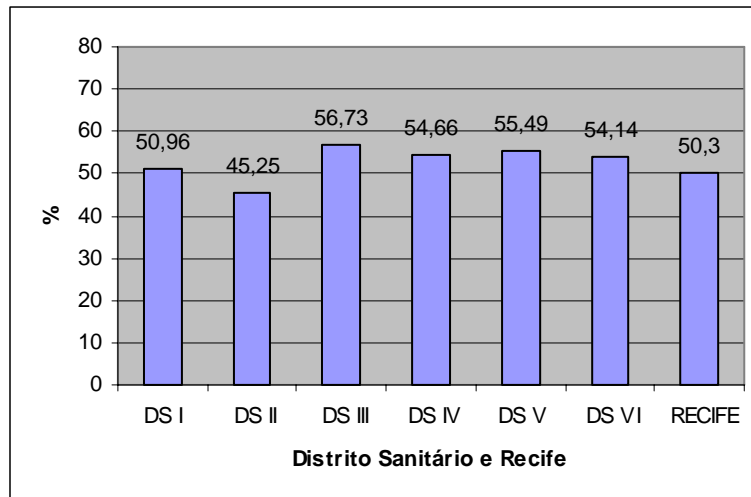


Gráfico 2 - Distribuição das conformidades em relação aos padrões “B”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.

Fonte: Autor.

O gráfico 3 mostra a distribuição das conformidades dos padrões “C”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e sua média (Recife). Os padrões “C” denotam uma qualidade consolidada, abordando processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações. Neste gráfico, o DS II continua contribuindo com uma menor proporção na média, apesar de não ser mais o último colocado. O DS I apresenta o menor valor e o DS V o maior. O restante encontra-se próximo à média. Todos os distritos tiveram uma conformidade “REGULAR”, exceto o distrito V, que por causa de alguns décimos, foi categorizado como “BOM”.

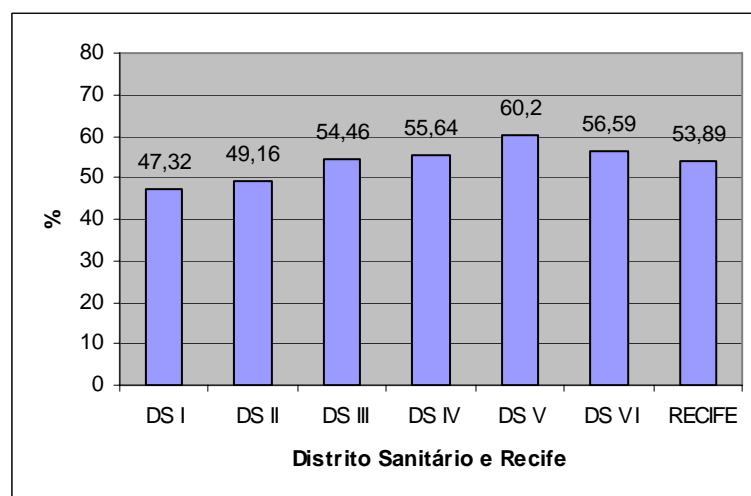


Gráfico 3 – Distribuição das conformidades em relação aos padrões “C”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife -2007.

Fonte: Autor.

O gráfico 4 mostra a distribuição das conformidades dos padrões “D”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e sua média (Recife). Os padrões “D” denotam uma qualidade em desenvolvimento, abordando elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho. O gráfico, mais uma vez, demonstra a menor contribuição do DS II. O restante encontra próximo à média, com maior destaque para o DS I. Todos os distritos tiveram como classificação da conformidade “BOM”.

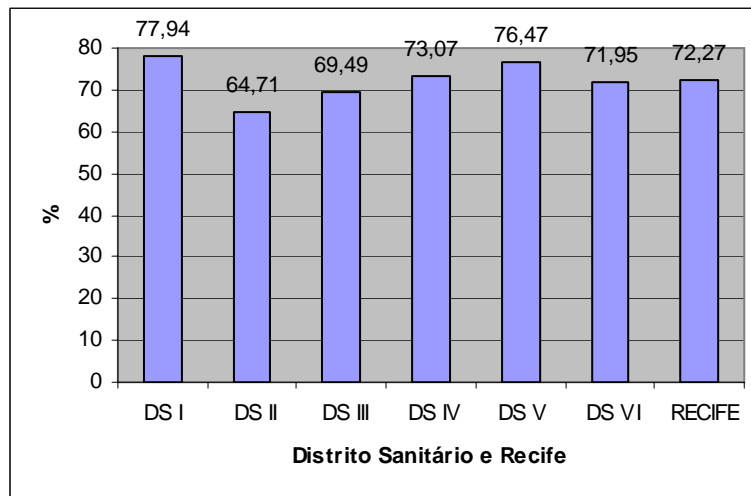


Gráfico 4 – Distribuição das conformidades em relação aos padrões “D”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife -2007.

Fonte: Autor.

Já o gráfico 5 mostra a distribuição das conformidades dos padrões “E”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e sua média (Recife). Os padrões “E” denotam uma qualidade elementar, abordando elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia Saúde da Família. O gráfico mostra uma maior participação na média do DS I e uma menor participação do DS II. O restante encontra-se mais próximo à média. Apesar das diferenças, todos os distritos tiveram como classificação da conformidade “BOM”.

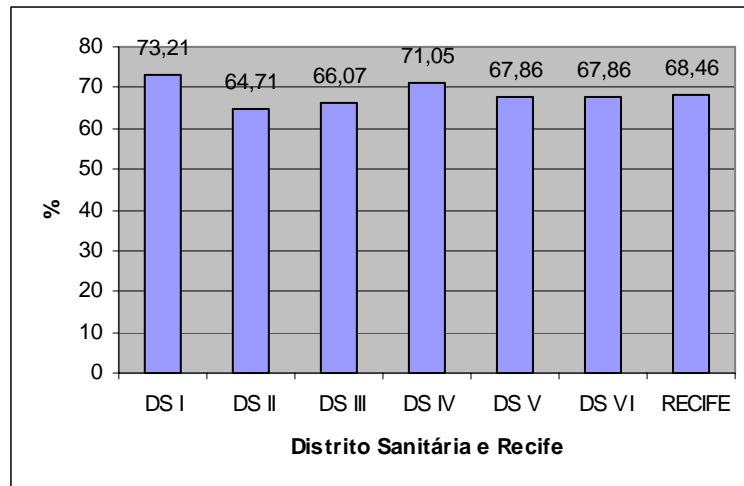


Gráfico 5 – Distribuição das conformidades em relação aos padrões “E”, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife -2007.

Fonte: Autor.

O gráfico 6, abaixo, apresenta a distribuição das conformidades a todos os padrões de qualidade (A, B, C, D e E), no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e a média (Recife). Mesmo sendo pequena a diferença, a conformidade do DS II foi a menor. Por fim, seguem os outros cinco distritos com valores muito próximos e acima da média. Os distritos I, II, IV e V tiveram uma conformidade “REGULAR” e os distritos III e VI tiveram uma conformidade “BOM”.

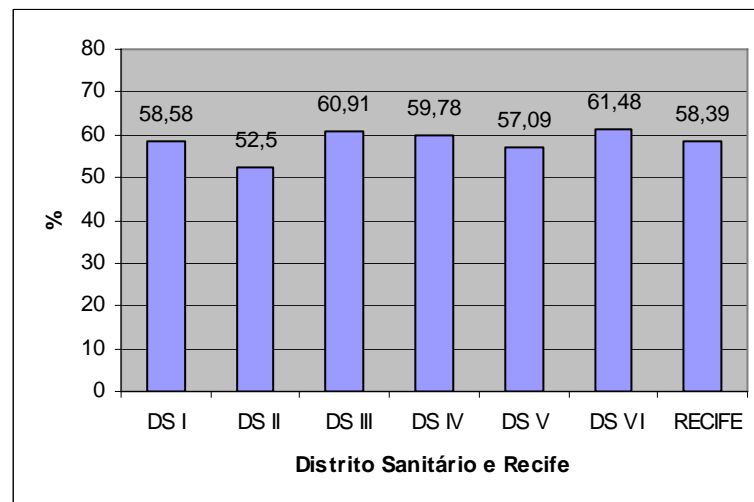


Gráfico 6 - Distribuição das conformidades a todos os padrões, no âmbito das equipes de saúde bucal, entre os distritos sanitários e no Recife. Recife – 2007.

Fonte: Autor.

Finalmente, o gráfico 7 apresenta a distribuição da conformidade por tipo de padrão de qualidade (A, B, C, D e E), no âmbito das equipes de saúde bucal, no Recife. O resultado deixa clara a menor participação dos padrões mais sofisticados como o “A” e “B” em detrimento dos “C”, “D” e “E”. Os padrões de qualidade “A, B e C” foram classificados como “REGULAR”, sendo que, por apenas alguns décimos, a conformidade do padrão “A” não foi classificada como “MAL”. Os padrões “D e E” foram classificados como “BOM”.

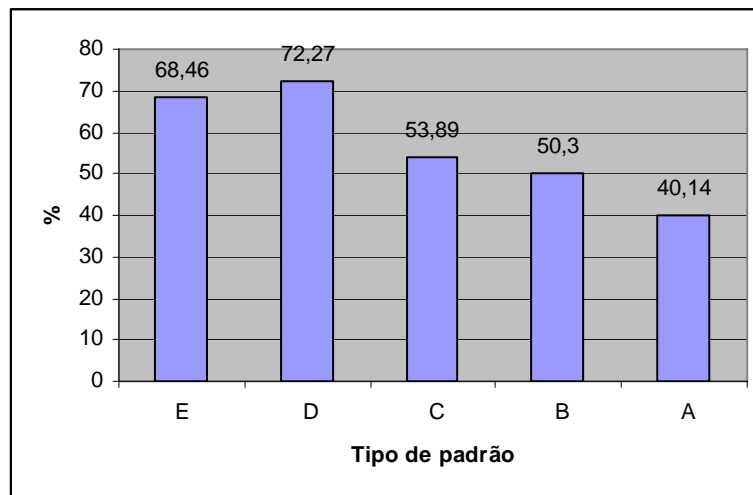


Gráfico 7 – Distribuição das conformidades por tipo de padrão, no âmbito das equipes de saúde bucal, no Recife. Recife -2007.

Fonte: Autor.

A tabela 5 apresenta a distribuição das conformidades por tipo de padrão e por distrito sanitário. Pode-se observar que os distritos I, II e IV apresentam uma diferença maior na conformidade entre os padrões mais sofisticados (A e B) e os padrões mais elementares (C, D e E). Já os distritos III, V e VI apresentam uma distribuição equilibrada entre os padrões.

Tabela 5 - distribuição das conformidades por tipo de padrão e por distrito sanitário. Recife 2007.

	A	B	C	D	E
DS I	27,78	50,96	47,32	77,94	73,21
DS II	26,14	45,25	49,16	64,71	64,71
DS III	52,78	56,73	54,46	69,49	66,07
DS IV	30,99	54,66	51,88	73,07	71,05
DS V	53,17	55,49	60,2	76,47	67,86
DS VI	50	54,14	56,59	71,95	67,86

Fonte: Autor.

O gráfico 8 apresenta o resultado dos padrões aplicados no nível da gestão. Os aspectos da gestão municipal da estratégia Saúde da Família a serem avaliados incluem a prioridade dada pelo gestor de saúde à estratégia, contemplando seu caráter substitutivo, sua capacidade de conduzir ações intersetoriais, a organização, o planejamento, a gestão do trabalho, o funcionamento e o gerenciamento das ações e serviços, monitoramento e avaliação, bem como a participação social na sua elaboração, execução e avaliação (BRASIL, 2006a). Os dados mostram que todos os padrões de qualidade tiveram uma conformidade classificada como “BOM”, exceto o padrão “B”, que no limite mínimo da pontuação foi classificado como “ÓTIMO”.

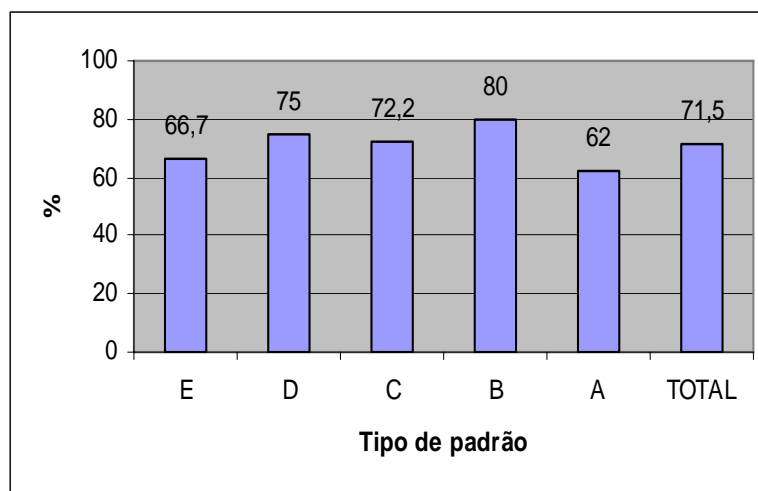


Gráfico 8 – Distribuição das conformidades por tipo de padrão, no âmbito da gestão no Recife. Recife -2007.

Fonte: Autor.

Em síntese e procedendo-se à análise por grau de qualidade conforme estabelecido na metodologia, podemos caracterizar:

- Grau de qualidade da atenção à saúde bucal no âmbito das equipes (GQASB (E)): Regular (58,39%);
- Grau de qualidade da atenção à saúde bucal no âmbito da gestão (GQASB (G)): Bom (71,5%);
- Grau de qualidade da atenção à saúde bucal por padrão (GQASB (P)) (gestão mais equipe):
 - Padrão “A”: Regular (51,07%);
 - Padrão “B”: Bom (65,05%);
 - Padrão “C”: Bom (63,39%);

- Padrão “D”: Bom (73,64%);
- Padrão “E”: Bom (67,58%).

Percebe-se que o grau de qualidade da atenção à saúde bucal é melhor para o componente “gestão” quando comparado ao componente “equipe”. Isso sugere um maior aperfeiçoamento técnico-gerencial (do ponto de vista da estrutura, dos processos e resultados) do que técnico-assistencial realizado pelas equipes. Apesar da menor contribuição deste último componente, o grau de qualidade da atenção à saúde bucal no Recife foi classificado como “BOM” devido ao desempenho do componente da gestão.

Na análise por tipo de padrão de qualidade, os padrões “B, C, D e E” foram classificados com “BOM”, sendo os dois últimos com um discreto melhor desempenho. Apenas o padrão A teve um desempenho mediano, classificando-se como “REGULAR” e bem abaixo dos demais.

Numa análise comparativa mais geral entre os distritos, percebe-se que o Distrito Sanitário I saiu-se bem em relação aos padrões E e D, e pior em relação aos padrões A, B e C. Isso demonstra que na perspectiva da melhoria contínua da qualidade, o Distrito I deve buscar processos e resultados mais sofisticados, tendo em vista que ele já apresentou uma boa conformidade relativa dos padrões elementares.

O Distrito Sanitário II apresentou nitidamente o pior desempenho em todos os padrões em relação aos demais distritos.

O Distrito Sanitário III saiu-se melhor nos padrões A e B do que nos padrões C, D e E, quando comparado aos outros distritos. Essa situação, um tanto quanto contraditória, demonstra que atitudes técnico-assistenciais mais sofisticadas são realizadas pelas ESF/ESB, em detrimento de atitudes básicas. Apesar de ser uma contradição, este fato já foi observado no Recife, a partir de uma pesquisa realizada pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) que avaliou 17 ESF no município. A partir deste estudo, constatou-se baixa conformidade de padrões relacionados ao cadastramento de famílias, crianças menores de cinco anos e hipertensos, assim como relacionados a atividades educativas no pré-natal, todas consideradas ações básicas. Por outro lado, foram apresentados excelentes percentuais de conformidade em padrões com estágio de qualidade mais

avançados, tais como: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 30 dias; selamento dos quatro primeiros molares em casos com indicação clínica e investigação de todos os óbitos infantis e fetais ocorridos nos últimos 12 meses (BRASIL, 2007b).

O Distrito Sanitário IV teve o desempenho dos seus padrões de forma mais equilibrada em relação aos demais distritos. Apenas o padrão A teve um menor valor relativo.

O Distrito Sanitário V apresentou os melhores desempenhos por padrão (separadamente) em relação aos demais distritos, a pesar de que no todo (gráfico 6) ele tenha ficado em quinto lugar.

Por fim, o Distrito VI apresentou seus padrões variando de uma boa posição até uma média posição, quando comparado aos outros distritos. Apesar dos altos e baixos, no todo, o distrito apresentou a melhor situação de conformidade (gráfico 6).

Apesar de se constituir num quadro diversificado de padrões de qualidade, o que se pode concluir é que, no geral, o nível de qualidade observado entre os distritos foi similar (BOM), não havendo diferenças significativas entre eles. Contudo, na análise por tipo de padrão de qualidade, se observou algumas diferenciações, sendo que os níveis de qualidade variaram entre “MAL, REGULAR e BOM”, sendo fortemente influenciado pelos padrões dos estágios menores (E, D e C).

5.2 Contexto da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife

Apesar do título desta sessão ser sugestivamente amplo, não houve a intenção de esgotar o assunto, de modo que as considerações aqui colocadas devem ser entendidas à luz dos principais achados, não descartando, de forma alguma, a influência de outros aspectos contextuais que esta metodologia, por ventura, não tenha tido o poder de alcançar. Para Minayo (1993): “a tomada de consciência que passa de vivido ao pensado não termina o conhecimento, ela faz parte dele, de forma que qualquer discurso teórico não é a revelação total da realidade, mas a realização de um real possível ao sujeito, sob condições histórico-sociais dadas”.

Nesta sessão, abordaremos os principais resultados das entrevistas realizadas e da análise documental, bem como faremos uma discussão acerca desses achados e dos achados relativo ao nível de qualidade da atenção à saúde bucal visto anteriormente. Neste item, abordaremos alguns elementos constitutivos e importantes, do ponto de vista da análise do contexto da saúde bucal no PSF.

5.2.1 Aspectos políticos:

Eleito e reeleito Prefeito do Recife pelo Partido dos Trabalhadores (PT), as gestões do Prefeito João Paulo Lima e Silva (2001-2004 e 2005-2008) vem sendo caracterizada por uma ampla expansão das políticas sociais na Cidade. Fundamentado por uma visão política de esquerda e pelos eixos estratégicos do seu governo (Eficiência Administrativa; Gestão Democrática; Cuidar da Cidade; Cuidar das Pessoas e a Cidade do Futuro), a gestão vem ampliando investimentos nas áreas sociais (RECIFE, 2005b).

Na área da saúde, os avanços têm sido notáveis, tanto do ponto de vista dos recursos aplicados, como da ampliação das unidades e serviços de saúde. Os recursos orçamentários destinados à saúde triplicaram, passando de pouco mais de cem milhões (em 2000, último ano da gestão anterior) para mais de trezentos e cinquenta milhões (2007), como pode ser visto nos gráficos 9 e 10.

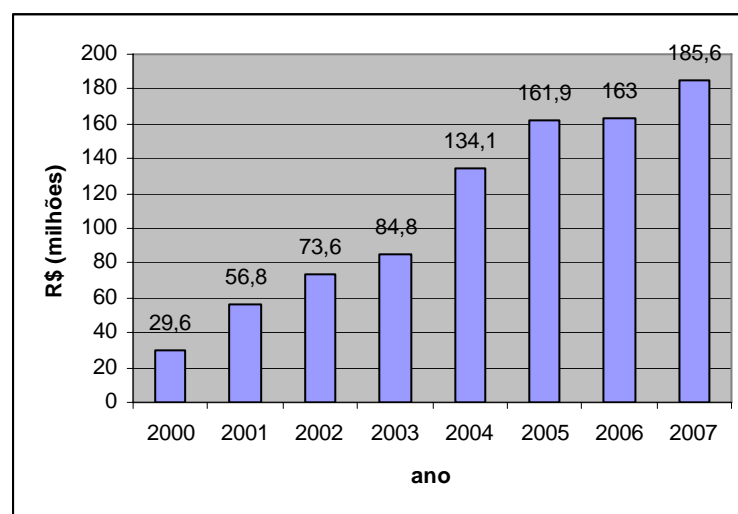


Gráfico 9 – Dotação orçamentária dos recursos próprios (tesouro municipal) aplicados na saúde. Recife 2000-2007.

Fonte: Recife (2007a). Com adaptação.

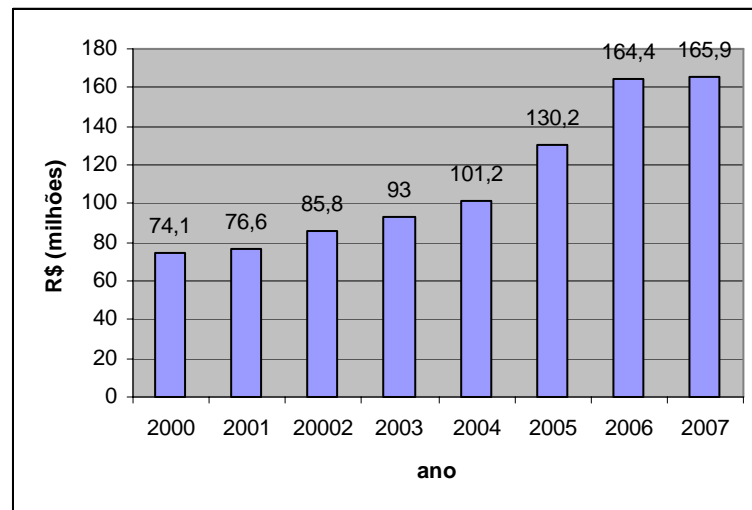


Gráfico 10 – Dotação orçamentária dos recursos do SUS, Convênios e outras fontes, aplicados na saúde. Recife 2000-2007.

Fonte: Recife (2007a). Com adaptação.

Pode-se perceber que a partir de 2004 o valor da dotação orçamentária dos recursos próprios supera o valor da dotação orçamentária dos recursos do SUS, convênios e outras fontes, indicando que, a partir deste ano, a Prefeitura investiu mais na saúde recifense do que o Governo Federal. Isso pode caracterizar que o governo municipal toma cada vez mais para si a responsabilidade sanitária e inverte uma lógica tradicional de financiamento do setor que era caracterizada essencialmente pela manutenção de serviços de saúde através de repasses financeiros.

A ruptura com essa lógica tradicional de financiamento foi tratada pela Emenda Constitucional n°. 29/2000 (EC-29), que estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para os três níveis de governo. De acordo com a Emenda, no nível municipal, o montante mínimo de recursos aplicados na saúde deveria corresponder a um percentual de receitas de impostos e transferências constitucionais legais. Este percentual foi gradualmente ampliado até alcançar 15% para os governos municipais, de 2004 em diante (BRASIL, 2005a). Desde o ano de 2004, a Prefeitura do Recife vem cumprindo com a EC-29, aplicando mais de 15% dos seus recursos na área de saúde, sendo que em 2006 foram aplicados 15,22% (gráfico 11) (RECIFE, 2007c).

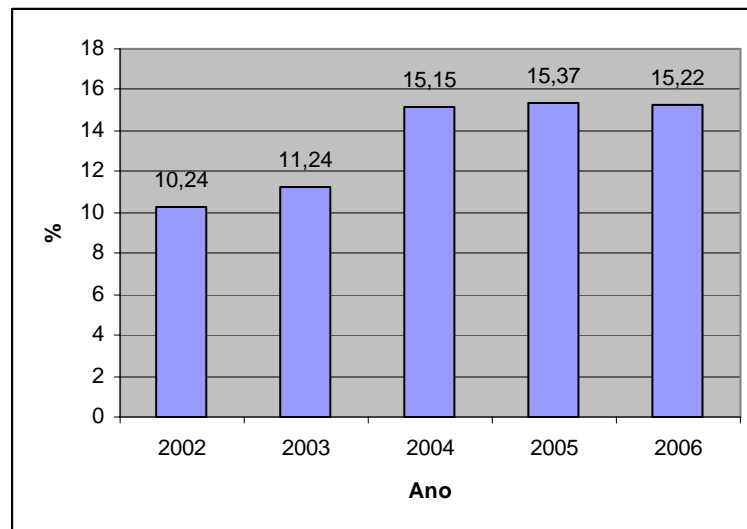


Gráfico 11 – Percentual de recursos próprios aplicados na saúde de acordo com a Emenda Constitucional 29 (EC-29). Recife 2000-2007.

Fonte: Recife (2007c). Com adaptação.

Sobre o aumento dos recursos próprios aplicados na saúde e o cumprimento da E.C. 29, um ex-gestor distrital complementa: “...na primeira gestão, a gente sai de um orçamento de 5% para 15% para cumprir a Emenda Constitucional 29. O grande pulo é 2001 - 2004. A partir daí, é só ajuste para manter este percentual dos 15% oficiais”⁵.

O início da grande expansão do PSF no Recife, remonta à campanha política, onde a ampliação da cobertura do programas foi assumida como uma proposta de governo para a saúde a ser cumprida em quatro anos.

... do primeiro para o segundo turno, é feito uma proposta, e eu participo desta proposta, juntamente com outras pessoas. Era perguntado para a gente o que nós achávamos que deveria ser feito no saúde da família. Então a gente achava que deveria ser transformada toda área de PACS em PSF. [...] Então foi proposto um quantitativo de 55 equipes, para o governo todo⁶.

Havia certo receio por parte de alguns sanitaristas em assumir a proposta de implantar 55 equipes pelo fato que muitos gestores tinham a visão de que o Recife já tinha uma grande rede de saúde. Além disso, o PSF ainda se configurava como um programa de saúde relativamente recente.

⁵ Entrevista com o ex-gestor distrital B

⁶ Entrevista com o ex-gestor distrital B

Na época, isso assustou muito os gestores. O pessoal achou inviável, uma loucura. O município já tinha 27 equipes e a gente implantando 55 equipes então a gente estava implantando duas vezes mais o que já tinha. Essas 27 haviam sido implantadas entre 94 e 2000. Então em seis anos. E aí como é que a gente ia implantar em quatro anos 55 equipes?⁷

... quando a gente assumiu existia uma imagem de que o Recife tinha uma ótima rede. Só que é uma falácia, por que você tinha muitos postos, mas você tinha um milhão e quinhentos mil pessoas, mais o resto da Região Metropolitana que terminava vindo para o Recife. Então, no final das contas não era uma boa cobertura. Então você tinha um acesso precário. E a saúde bucal, aí é que era precário mesmo⁸.

No início da gestão, não havia nenhuma ação de saúde bucal no PSF do Recife, apesar de já haver portaria para tal inserção, mesmo que há pouco tempo. Um dos entrevistados ressalta, ainda, que muitos municípios brasileiros já contavam com este tipo de atenção dentro do programa, através de iniciativas próprias.

Quando a gente assume em janeiro [de 2001], já havia a portaria que pagava a saúde bucal. Imediatamente, a gente encaminha o pedido de quatro equipes de saúde bucal, considerando as equipes que já tinham dentro das unidades tradicionais. Então já tinha dentista no Coque, Alto da Brasileira, acho que em Sítio Grande e Chico Mendes Chimboré. Então a gente encaminha este pedido antes de ter ampliação, antes de qualquer coisa. Já havia pesquisas que mostravam que no Brasil todo, já mais de 20% das equipes de saúde da família já tinha a saúde bucal, mesmo antes de sair a portaria⁹.

A primeira gestão de João Paulo foi no ano de 2001 e logo que foi assumida essa gestão, foi constatado que apesar da inclusão da saúde bucal na saúde da família ter sido desde o final de 2000, nada tinha sido feito na saúde do Recife. Então uma das primeiras ações do novo governo [...] foi uma seleção pra abertura de vagas para inclusão da saúde bucal na saúde da família. A princípio eram dez¹⁰.

Do ponto de vista dos resultados, já no primeiro ano de implantação da saúde bucal no PSF, houve um aumento de 32% nas ações básicas de odontologia (curativo e preventivo), principalmente do número de primeira consulta e de aplicação terapêutica com flúor por sessão, em grande parte atribuída as dez primeiras equipes implantadas em 2001 (RECIFE, 2002a). Para Patriota (2006), apesar deste aumento, não se visualizou uma mudança de prática na atenção à

⁷ Entrevista com o ex-gestor distrital B

⁸ Entrevista com o ex-gestor distrital B

⁹ Entrevista com o ex-gestor distrital B

¹⁰ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

saúde bucal no Recife, pois a proporção de procedimentos preventivos sempre esteve muito próxima da de procedimentos curativos.

Já o Balanço de Gestão 2001-2004 demonstra, além do aumento dos atendimentos básicos, também dos especializados, e a redução do número de exodontia de dente permanente durante o período (RECIFE, 2005a). Sobre este aspecto, Patriota (2006) pontua uma contradição: apesar do total das unidades de saúde com atenção odontológica implantadas no Recife no período de 2000-2005, terem sido em grande parte influenciada pelas Unidades de Saúde da Família com equipes de saúde bucal e não em função das unidades especializadas, o que se observou foi um maior aumento percentual dos procedimentos especializados (137%) em detrimento dos procedimentos básicos (26%). Para a autora, estes achados demonstram que a lógica de reestruturação do modelo de atenção à saúde bucal no Recife, a partir da atenção básica, ainda é pouco visível, pois em termos percentuais de ampliação, a produção de procedimentos especializados excedeu a de procedimentos básicos.

Sobre a construção do documento que fundamenta a Política Municipal de Saúde Bucal do Recife, um dos entrevistados descreve o processo histórico de sua construção, destacando a importância dos compromissos assumidos em campanha, bem como de alguns estudos realizados.

Nós chegamos em julho de 2001 e uma das primeiras tarefas que o então secretário, Humberto Costa solicitou pra gente foi a construção de uma política. A construção de um documento político. [...] nós optamos por construir a política pautada [...] inclusive nos documentos do período de campanha. [...] Nós construímos um documento pautado, também, em alguns poucos estudos sobre quais são os principais problemas de saúde bucal de cada faixa etária, e construindo um modelo de intervenção, um modelo lógico. [...] a gente construiu o documento, apresentou no núcleo gestor e foi discutida essa política no ano seguinte em cada distrito sanitário, chamando ou convidando todos os profissionais, né¹¹?

Este mesmo entrevistado pontua o referencial teórico que fundamenta a Política:

Então, é fundamentado neste referencial teórico – a saúde bucal como elemento de cidadania e qualidade de vida, que se construiu essa política. [...] entendendo que os problemas de saúde bucal interferem na qualidade de vida. Entender que uma dor de dente não é só um problema por que é uma dor de dente, mas por que ela causa tanto uma limitação fisiológica ou funcional¹².

¹¹ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

¹² Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

A expansão do PSF no Recife foi realizada prioritariamente em áreas pobres da cidade, buscando cobrir a parcela mais carente da população. A partir de um mapa produzido pela Secretaria de Saúde em parceria com a Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente – SEPLAM da Prefeitura da Cidade do Recife, pode-se observar esta correlação (RECIFE, 2005b). A figura 7 mostra a proximidade das USF's com as áreas hachuradas que representam as Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS¹³ e outras localidades não classificadas nos termos das ZEIS, mas que apresentam características típicas de aglomerados subnormais ou favelas e os pontos representam a rede de atenção básica à saúde.

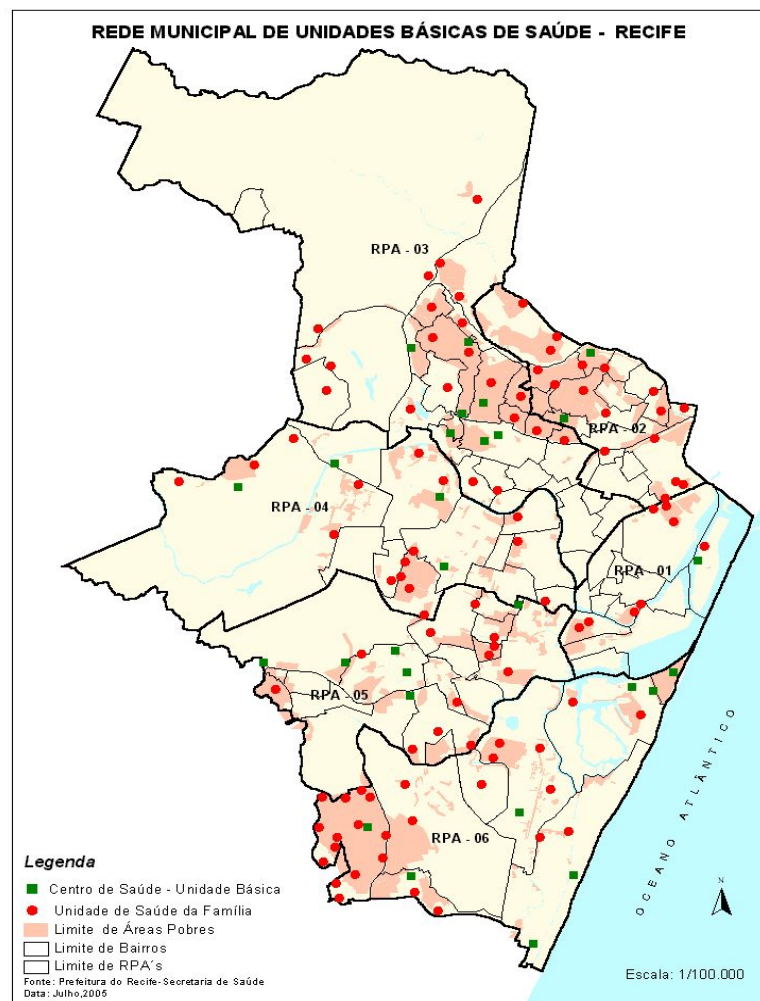


Figura 7 – Distribuição das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais em relação às áreas pobres do Recife. Recife – 2005.

Fonte: Recife (2005b, p. 40)

¹³ A Lei Municipal do Recife nº 16.176, de 9 de abril de 1996 - Lei de Uso e Ocupação do Solo da Cidade do Recife – LUOS define as Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS - como áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, surgidos espontaneamente, existentes, consolidados ou propostos pelo Poder Público, onde haja possibilidade de urbanização e regularização fundiária.

A fala de um dos entrevistados corrobora com essa informação:

Quando assumimos a gestão em 2001, nós tínhamos na cidade do Recife, apenas 27 equipes de saúde da família. A partir disso, os distritos foram orientados a fazer um diagnóstico nos seus territórios. Nesse diagnóstico, foram levantadas as necessidades nas áreas de maior risco, de maior pobreza, priorizando a implantação de unidades de saúde da família, dentro de cada distrito¹⁴.

A meta estabelecida pela Secretaria de Saúde do Recife no Plano Municipal de Saúde 2006-2009 é a de cobrir 70% da população recifense pelo Programa Saúde da Família, até 2009 (RECIFE, 2005b). Com isso, a gestão deixa clara a intenção de oferecer este tipo de atenção a uma parcela definida da população recifense, que seria a população mais pobre ou “SUS dependente”, ou seja, a parcela da população que não tem acesso aos planos de saúde privados, estabelecendo uma condição que Faveret Filho e Oliveira (1990) chamaram de universalização excludente¹⁵.

Em relação à cobertura das ações de saúde bucal no PSF, apesar do Ministério da Saúde financiar uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família; da Secretaria de Saúde do Recife ter como intenção cumprir com esta proporção segundo meta estabelecida no último Plano Municipal de Saúde (RECIFE, 2005b) e no Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003) e da atenção odontológica ser considerada uma das especialidades de saúde mais demandada (MANFREDINI, 2004), essa implementação ainda está longe de ser atingida. Até o fechamento desta pesquisa, havia 224 ESF e 107 ESB, ou seja, menos que a metade. Para Groisman *et al* (2005), a diferença de responsabilidade da ESB e da ESF em relação ao número de famílias gera uma condição de iniquidade de interação e de possibilidade de intervenção com a comunidade assistida. De acordo com um dos entrevistados, ainda há uma grande quantidade de unidades funcionando na proporção de duas ESB para uma ESF e duas ESB para três ESF.

a minoria, infimamente, é um pra um. Não chega cinco casos. A grande maioria tem uma relação de um pra dois ou, melhorando um pouco, um pra um e meio, que é o caso dos lugares que tem duas equipes de saúde bucal para três equipes de saúde da família. Ainda existem raros casos, que eu espero que estejam terminando, que é um pra três¹⁶.

¹⁴ Entrevista com o Gestor distrital

¹⁵ Na universalização excludente, há a tese de que, apesar das intenções “publicizantes”, a trajetória do SUS parece apontar para um formato mais residual do que universal. Os setores melhor remunerados da sociedade vêm gradativamente deixando de ter preferência no subsistema público de Saúde, passando a constituir clientela para o subsistema privado.

¹⁶ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

A problemática do acesso à atenção à saúde bucal no Recife já havia sido identificada a partir de outros estudos (AZEVEDO, 2007; PATRIOTA, 2006), que, além disso, apontaram as desigualdades locais como importante característica desta política na cidade.

A partir da tabela 5, pode-se observar que o período de maior expansão da rede básica de saúde foi entre 2001-2004 (primeira gestão do governo João Paulo), motivado pela necessidade de uma cobertura mínima dos serviços de saúde. A partir de 2005, a rede continua a ser expandida, mas não com a mesma velocidade. No gráfico 10, percebemos ainda que, a partir de 2004 (após cumprir a E.C. 29), há uma constância nos gastos com a saúde, o que indica o exato momento em que os recursos começaram a ficar escassos para o plano de expansão da rede. Sobre este contexto, um dos entrevistados pontua: “Quando começa a faltar os recursos, então você começa a contingenciar unidades. Passa a ter momento no núcleo gestor, já em 2004, em que você tinha 30 unidades para implantar e você tinha que cortar, ia implantar só 10”¹⁷.

Já na segunda gestão (a partir de 2005), ocorre uma reorientação no discurso da Secretaria de Saúde, que passa a tratar a questão da expansão da rede com menos intensidade e discute mais a qualificação como perspectiva de consolidar o modelo de saúde proposto (GESTOR DISTRITAL). É nesta época que ocorre a 7ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, que tem como um dos temas centrais a questão da qualidade no SUS (RECIFE, 2005b).

5.2.2 Aspectos técnicos

Como já foi visto, o documento da Política de Saúde Bucal do Recife, também chamado de Protocolo, foi construído já no início da primeira gestão do atual Prefeito. O objetivo deste documento é servir de orientação técnica, e de certa forma política, para as várias áreas e ações de saúde bucal no município. Para tanto, seu modelo lógico está fundamentado em sete componentes, a saber: educação em saúde, PACS, PSF e/ou Unidades Tradicionais, espaços coletivos, policlínicas, SPA e sistemas de informação (RECIFE, 2007d).

¹⁷ Entrevista com o ex-gestor distrital B

As orientações colocadas neste documento tentam criar condições que favoreçam a redução dos problemas bucais mais prevalentes nos grupos do ciclo da vida, através de um processo de construção coletiva da política com os vários atores envolvidos, e tendo por base os sete componentes citados acima (RECIFE, 2007d). A partir da análise do seu conteúdo, percebe-se que boa parte de suas normatizações são do Ministério da Saúde, e que estão colocadas como reafirmação. Outras são construções próprias do grupo técnico da Secretaria, que periodicamente propõe, pactua e reformula as padronizações (GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007c), ao mesmo tempo em que a padronização de certos procedimentos nas USF's, por meio de protocolos e outras ferramentas, é fundamental para que haja harmonia entre os membros da equipe, atender às distintas necessidades de saúde da população exige que o atendimento se torne mais criativo e capaz de equilibrar a agenda programada com a demanda espontânea. Em estudo realizado no Recife, Pereira (2007) ressalta a importância de normatizações sobre ação programática específica do PSF, como garantia de padronização das formas de atendimento à população e com o objetivo de materializar os princípios que norteiam a Estratégia Saúde da Família.

Sobre a importância do Protocolo, o Gestor distrital de Saúde Bucal C ressalta:

Então, a questão é normatizar para que a gente tenha uma estrutura da política [uma política estruturada, um programa], que não havia, que era uma coisa muito solta, desde a questão da logística, a questão de estar vendo curso para os profissionais, de como se organiza a rede em relação à referência e contra-referência[...]¹⁸

Apesar da importância do Protocolo como garantia de qualidade e padronização das ações e serviços de saúde bucal prestados no município o que se percebe a partir da fala de alguns entrevistados é que muito do que está colocado neste documento não é realizado: “Então a gente tem um documento escrito, conhecido, divulgado pra algumas pessoas. O que eu acho é que ele não chega aos profissionais”¹⁹. Outro ator confirma essa visão: “De fato, na prática a gente não tem nenhuma unidade trabalhando dentro do que é preconizado pelo protocolo”²⁰.

A não difusão do protocolo para os profissionais, bem como a desobediência ao que está preconizado neste documento, leva à falta de padronização das ações entre os distritos, e muitas

¹⁸ Entrevista com o Gestor distrital de saúde bucal C

¹⁹ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

²⁰ Entrevista com o Gestor distrital de saúde bucal B

vezes dentro do mesmo distrito. De acordo com o Gestor Distrital de Saúde Bucal B: “Eu acho que falta uma padronização. [...] Eu acho que a coisa tem que ser normatizada. Os distritos trabalham diferentes um do outro. Até na questão do atendimento mesmo, do encaminhamento, de procedimentos, de processos de trabalho, de organização”²¹.

É importante pontuar que este achado vai à direção da hipótese do estudo, na medida em que há diferenças marcantes no funcionamento da saúde bucal no PSF entre os distritos sanitários, o que sugestivamente pode significar variação na qualidade da atenção prestada.

A expansão da rede básica de saúde no Recife sugere uma reversão do modelo assistencial a partir da substituição progressiva dos tradicionais postos de saúde por unidades de saúde da família (RECIFE, 2005a). Segundo Viana e Dal Poz (1998), o PSF surge como alternativa para a substituição de modelos assistenciais tradicionais, que de certa forma não são comprometidos com a totalidade dos problemas de saúde, além de serem excludentes.

Em 2000, havia 46 unidades tradicionais e 16 USF, já em 2007, houve uma diminuição do número dessas unidades tradicionais, que foram transformadas em USF, restando 29 e um aumento do número de USF, passando para 110. Em relação às equipes de saúde da família, eram 27 em 2000, passando para 224 em 2007. No ano de 2000 não havia nenhuma equipe de saúde bucal implantada. As 10 primeiras foram implantadas em 2001 e, atualmente, são 107 (RECIFE, 2007a e RECIFE, 2004). A tabela 6 sintetiza este processo.

Tabela 6 – Distribuição do número de Unidades de Saúde da Família, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Saúde bucal e de Unidades Básicas Tradicionais implantadas no Recife, durante o período 2000- (novembro) 2007.

Estrutura do PSF e Unidade básica tradicional	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Unidade de Saúde da Família	16	45	64	72	92	103	105	110
Equipe de Saúde da Família	27	88	126	146	192	213	220	224
Equipe de Saúde Bucal	-	10	37	44	87	87	100	107
Unidade Básica Tradicional	46			33				29

Fonte: Autor

²¹ Entrevista com o Gestor distrital de saúde bucal B

Sobre essa reversão de modelo, um dos entrevistados reforça:

Fizemos também, nesse processo de expansão, a reversão do modelo de atenção básica que tínhamos que eram aquelas unidades tradicionais com clínico, pediatra, ginecologistas. Então, mais 60% dessas unidades foram transformadas nesse período de 2001 a 2004. Ainda temos esse modelo hoje em Recife, por que tem algumas comunidades que não dá ainda para tirar essas unidades por que não foram implantadas ainda as unidades de saúde da família²².

Uma estratégia adotada pela Secretaria de Saúde, para auxiliar no processo de mudança do modelo assistencial foi a criação de um dispositivo que permitisse a lotação dos profissionais efetivos (médicos, enfermeiros e dentistas) a partir das Unidades de Saúde Tradicionais para o Programa Saúde da Família, movimento este que ficou conhecido por “adesão”. A adesão se deu de forma espontânea do profissional que tinha a intenção de atuar no PSF mediante a complementação do salário. Na prática, a adesão pressupõe uma economia no recurso humano, pois o município já possuía os profissionais atuando na rede, mas com uma configuração de horário menor do que a do PSF (EX-GESTOR DISTRITAL B).

Na saúde bucal, foram realizadas várias adesões. Segundo dados do Relatório de Gestão, até o final de 2005, 45 profissionais da rede tinham feito adesão ao programa (RECIFE, 2006). Como relata o Gestor Municipal de Saúde Bucal: “... é bom lembrar que neste mesmo período da expansão, além da contratação de novos dentistas, [...] profissionais que já eram da rede, tiveram a oportunidade de fazer a adesão para atuar no programa. Isso corresponde hoje a 50% [dos dentistas que estão no PSF]”²³.

O Ex-gestor distrital B ressalta a importância desse processo enquanto instrumento para a reversão do modelo assistencial: “... esse é um direcionamento em termos de mudança de modelo imenso”²⁴.

Sobre este ponto, o Gestor Municipal de Saúde Bucal faz uma sutil ponderação entre a vantagem e desvantagem do processo de adesão: “... por um lado é positivo [o processo de adesão], por que houve um remanejamento da força de trabalho, mas por outra tem uma dificuldade que é o perfil do profissional”²⁵. A partir daí, acrescenta:

²² Entrevista com o Gestor distrital

²³ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

²⁴ Entrevista com o ex-gestor distrital B

²⁵ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

...há uma diferenciação entre as pessoas mais jovens, que tem uma formação mais recente, e que tem um olhar voltado para a saúde coletiva. Isso sim, a gente vê na ponta. Que acontece maior cobertura de ações de saúde coletiva, que de fato dão conta de forma mais sistematizadas da programação da unidade, em detrimento de outros que ainda querem levar pra ponta o mesmo tipo de sistema ou de clínica particular ou de unidade tradicional de saúde que é atender quem chega e sem, de fato, tomar para si a responsabilidade sanitária da população que está sendo atendida²⁶.

Partindo-se do número de equipes implantadas e das adesões realizadas, outras necessidades começaram a aparecer no processo de construção do novo modelo de atenção, sendo uma delas a adequação do perfil profissional a essa nova lógica assistencial. O problema começa a configura-se quando novas atitudes são exigidas, principalmente as ações de prevenção e promoção à saúde, gerenciamento de unidade, abertura de diálogo com a comunidade e outras, de um profissional que sempre trabalhou na lógica do modelo assistencial médico privatista (pautado essencialmente no procedimento e de baixo comprometimento com o sistema). Para Silveira Filho (2002), o ponto fundamental para que haja sucesso da estratégia saúde da família, é a mudança na atitude dos profissionais de saúde bucal na atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), do ponto de vista técnico, o maior desafio está na capacitação dos atuais profissionais e na formação dos futuros.

Por certo, esta falta de perfil profissional para atuar no serviço público, e mais especificamente no PSF, não se estabelece, a princípio, dentro do próprio serviço, ela vem desde a formação acadêmica. De modo geral, boa parte dos dentistas que hoje estão atuando no PSF no país não teve o SUS como um dos seus parâmetros curriculares. Existe, dessa forma, um distanciamento entre o ensino de odontologia e a perspectiva de universalização da saúde bucal em relação às demandas da realidade brasileira (ARAÚJO, 2006; ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; NORONHA, 2002; SECCO; PEREIRA, 2004;).

Uma estratégia desenvolvida a nível nacional foi a criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, com a finalidade de implementar programas voltados ao pessoal atuante no PSF, a exemplo dos Cursos Introdutórios e os Cursos de Especialização em Saúde da Família. Esses pólos podem ser considerados a principal iniciativa de um grande esforço para garantir aos profissionais o perfil adequado aos princípios e diretrizes de Saúde da Família, através da

²⁶ Entrevista com o Gestor municipal de saúde bucal

cooperação mútua entre instituições de ensino e órgãos gestores do serviço de saúde (NORONHA, 2002; BRASIL, 2001a).

Para este autor, o curso introdutório responde às demandas reprimidas do sistema, sendo a forma mais breve para instrumentalizar o profissional recém inserido no programa. Segundo este autor:

Os cursos introdutórios têm a função de capacitar os profissionais, ensinando-os a lidar com os principais procedimentos e requisitos do PSF, como: trabalhar em equipe, identificando as atribuições de cada membro da equipe dentro do seu trabalho; realizar atendimento mais humanizado; identificar comunidades que necessitem de atenção especial, definindo áreas prioritárias; oferecer atendimento integral e contínuo; identificar as ações necessárias para a análise da situação do município; determinar as ações essenciais de uma equipe de Saúde da Família²⁷.

Em 2002, as ESB até então implantadas (total de 37) foram capacitadas através de curso introdutório, seguindo a orientação nacional dada pelos Pólos de Capacitação (RECIFE, 2003). Sobre este momento, o Ex-gestor distrital B frisa:

A gente faz o treinamento introdutório para todas essas equipes, inclusive para a saúde bucal, para o nível médio. E a gente já discutia, nesse momento, a saúde bucal com uma necessidade grande de um novo aporte teórico. Eu discutia muito com o pessoal de que era a área que menos tinha clareza do que era a mudança do modelo. Efetivamente não conseguia desenvolver uma lógica de saúde da família. Primeiro por que não conseguia pensar a família. [...] Depois conseguia pensar muito pouco a integralidade²⁸.

Em relação aos cursos de Especialização em Saúde da Família, o Recife capacitou todos os profissionais do PSF (médicos, enfermeiro e dentistas), conforme metas estabelecidas no Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003) e no último Plano Municipal de Saúde (RECIFE, 2005b.), através de quatro momentos, a saber: uma turma em 2002, duas turmas em 2003 e uma em 2005 (RECIFE, 2007a). Esta situação contrasta com os resultados encontrados por Araújo e Dimenstein (2006), que ao avaliar dentistas do PSF em municípios do Rio Grande do Norte encontrou um baixo percentual de profissionais com algum tipo de especialização, e dos que possuíam tal formação poucos tinham relação com a saúde pública ou coletiva.

²⁷ Noronha, 2002, p.13

²⁸ Entrevista com o ex-gestor distrital B

O Ex-gestor distrital B ressalta a importância desses cursos para a formação de recurso humano qualificado para o Saúde da Família e por criar categoria profissional que possa dar sustentabilidade ao PSF.

O mercado implica no profissional profissionalizado. Então, não dá para você segurar um programa desse porte [PSF], na perspectiva de todo um país, se você não criar dentro das corporações uma valorização desses profissionais. [...] nesses pólos de capacitação, a gente tinha claro que a estratégia era não só capacitar, mas de criar, no mercado, profissional especializado. Ele não é um cardiologista que está no PSF. Ele não é um pediatra que está no PSF. Ele é um especialista em saúde da família. O que a gente está querendo é fixar um profissional no saúde da família. [...] A gente parte da idéia que você está formando uma categoria²⁹.

Para este mesmo ator, o caso da odontologia segue o mesmo princípio:

A inclusão da odontologia na especialização era mais importante ainda nessa perspectiva de uma estratégia maior. A gente não queria um endodontista no PSF, nem transformar o PSF em local de odontopediatra. Por que essa era a visão. O dentista de adulto tem a característica de arrancador de dente. O que não era arrancador de dente era outra coisa, periodontista, endodontista. Quem tinha aquela abordagem mais coletiva era o odontopediatra³⁰.

No tocante às capacitações, o Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde prevê, ainda, a capacitação permanente de todos os profissionais de saúde em relação à temática de saúde bucal (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003).

Apesar dos esforços da Secretaria de Saúde do Recife no sentido de capacitar os trabalhadores do Saúde da Família, e mais precisamente em relação aos componentes da ESB, o que se observa, a partir da fala de alguns atores, é que atitudes assistenciais inerentes ao PSF não são realizadas, como por exemplo, estabelecer prioridades a partir de critérios de risco para o atendimento da comunidade (TEIXEIRA, 2006). Este aspecto faz parte do levantamento de informações necessárias para o planejamento, execução e acompanhamento das ações no território, e está colocado no Protocolo de Saúde Bucal (RECIFE, 2007d).

A gente não conseguiu ainda avanços nessa área na saúde bucal. Desde os cursos de especialização uma das coisas que a gente batia muito era que eles não conseguiram ainda dar o pulo do gato. Para mim, saúde bucal não é para

²⁹ Entrevista com o ex-gestor distrital B

³⁰ Entrevista com o ex-gestor distrital B

acompanhar PSF [equipe de saúde da família], estabelecendo prioridades para hipertensos e diabéticos, idoso. Não é. Tem que ter outra lógica³¹.

A maioria das equipes de saúde da família trabalha com livre demanda, com a demanda que chega ou que é marcada pelo ACS. De fato, não se atende quem realmente precisa, atendo quem chega à unidade³².

Eu acho que isso ocorre em função do perfil do profissional. Apesar de eles terem feito curso de especialização em saúde da família, muitos continuam trabalhando da mesma forma. Parece que nem fizeram curso. Continuam trabalhando como unidade tradicional. A gente senta, mostra, mas é difícil de mudar a cabeça das pessoas³³.

De acordo com uma recente pesquisa realizada, a utilização de relatórios periódicos para a tomada de decisão no Saúde da Família é rara, devido à sobrecarga de trabalho das equipes, que já possuem trabalho burocrático ocupando importante tempo dos profissionais em detrimento de suas atividades-fins, e à necessidade de capacitação para as atividades de monitoramento e avaliação (FACHINI, *et al.*, 2007). O caso do Recife não parece ser diferente, pois rotineiramente as ESB não utilizam os métodos de planejamento para a programação das ações, o que de certa forma é justificado pela carência na formação profissional na área de planejamento e gerenciamento. Situação semelhante foi encontrada por Costa (2007) e Pereira (2007), que em estudos recentes, verificaram fragilidades quanto ao processo de planejamento das ações nas unidades de saúde da família no Recife. Para o Gestor municipal de saúde bucal:

[...] não há um diagnóstico substancial da realidade pra que em cima disso, as equipes façam seus planejamentos e ações, sejam individuais ou coletivas. [...] Então se eu não conheço a realidade como é que eu vou agir da melhor forma? Isso também passa pela grande maioria das ações. Raras exceções, as pessoas tentam trabalhar em cima do diagnóstico. A maioria das equipes trabalha pela livre demanda³⁴.

Em relação às informações em saúde enquanto subsídio estratégico para a tomada de decisão, o que se verifica a partir de algumas entrevistas é que existe uma fragilidade na alimentação de sistemas como o Sistema de Informações Ambulatorial (SIA-SUS) generalizado nas unidades. Procedimentos que a gestão sempre tem acompanhado como a escovação supervisionada e os procedimentos coletivos apresentam um grande sub-registro. De acordo com algumas

³¹ Entrevista com o ex-gestor distrital B

³² Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

³³ Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal B

³⁴ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

entrevistas, as equipes afirmam que realizam e que registram os procedimentos, mas o sistema de informação mostra o contrário (GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL, GESTOR DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL B). Segundo Haupp (2007), é fundamental que as unidades básicas organizem uma “Pasta de Informações” e que mantenham atualizadas, pois se constitui numa ferramenta de trabalho para o planejamento, a gerência e o trabalho cotidiano da equipe com a comunidade.

Além disso, há fragilidade na vigilância epidemiológica em saúde bucal que não faz uso das alternativas de produção de dados epidemiológicos, apesar de estar estabelecido no Protocolo a realização de levantamentos epidemiológicos periódicos por faixa etária e a produção de índices e indicadores, também por faixa etária. Essa situação não é particular da Política de Saúde Bucal do Recife, mas generalizada. As experiências do uso da epidemiologia nos serviços de saúde bucal no Brasil são, de fato, muito tímidas (RONCALLI, 2006). Além disso, em outras ações programáticas do Saúde da Família no Recife, também foi constatada a falta de uso de informações epidemiológicas para o planejamento das ações (COSTA, 2007). Para o Gestor Municipal de Saúde Bucal:

Em relação aos índices epidemiológicos, [...], é uma fragilidade da política e da área técnica, a gente não ter lutado pela implantação desses indicadores de vigilância em saúde bucal. Então a gente não tem. Outros indicadores, de cobertura, de resultados a gente até pode avaliar isso [por que tem, usam]³⁵.

De acordo com o Relatório de Gestão de 2007 foram realizadas ações de prevenção em saúde bucal em 100% das creches e escolas municipais nas áreas cobertas pelo PSF (415 creches e escolas e mais de 85.000 crianças) (RECIFE, 2007c). Este fato corrobora com as metas estabelecidas nos dois últimos Planos Municipais de Saúde, que define a realização de atividades de promoção de saúde em 100% das áreas cobertas pelas ESB (RECIFE, 2005b; RECIFE, 2002b). É importante lembrar que a realização desse tipo de prática odontológica dirigida aos escolares, como única forma de intervenção programática, caracteriza o modelo de atenção incremental, amplamente difundido na esfera pública, e que tem na concepção de “geração perdida e geração saudável³⁶” o ponto de corte para a priorização do acesso a atenção (SILVEIRA FILHO, 2002).

³⁵ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

³⁶ Geração perdida: indivíduos que sofreram as mazelas das patologias bucais e que, de certa forma, devem ser excluídas da prioridade assistencial. Geração saudável: as prioridades são voltadas àquelas crianças que, por não terem tido nenhuma experiência anterior de cárie, terão a possibilidade de serem adultos saudáveis.

Para Zanetti (2002a), o foco de atividades centrada na atenção a escolares que estudam em escola pública representa um viés característico das atividades preventivas na odontologia, realizadas por meio de técnicas de escovação, aplicação de flúor e acompanhamento clínico. De acordo com Santos e Assis (2006), estas práticas fragmentam e reduzem o campo do cuidado, pois concentra as ações em uma faixa etária específica. Estes autores afirmam ainda que este tipo de ação preventiva seja limitado na solução de problemas de saúde bucal.

Em sua pesquisa, Martelli (2001) sistematizou algumas críticas a este modelo de programação em odontologia, sendo elas: exclusivização de uma determinada faixa etária, deixando as demais desassistidas; as práticas preventivas e promocionais acontecem marginalmente numa visão individualista e dentalocêntrica (visão exclusiva do dente, esquecendo que o homem é um todo biopsíquico social); vinculação do cirurgião-dentista em escolas, deixando-o sem qualquer monitoramento ou acompanhamento de seu trabalho pelos mecanismos de controle social e problemas escolares como repetência, evasão, limitação de vagas e movimentos paredistas.

O Protocolo de Saúde Bucal normatiza sobre o processo de trabalho semanal das equipes de saúde bucal, estabelece que as atividades clínicas sejam realizadas em sete turnos (28 horas semanais), que as atividades coletivas sejam realizadas em dois turnos (oito horas semanais) e que um turno seja reservado às reuniões de planejamento (quatro horas) (RECIFE, 2007d). As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal sugerem que de 75 a 85% das horas trabalhadas pelo cirurgião-dentista sejam utilizadas na assistência curativa, devido à histórica exclusão por serviços clínicos e uma grande demanda reprimida (BRASIL, 2004a). Então se percebe que o Recife está disponibilizando uma maior carga horária para as práticas coletivas do que a diretriz nacional.

Apesar dessa orientação política no Recife, o que se observa a partir da fala de alguns entrevistados é que há uma falta de priorização e desinteresse por parte de algumas equipes, de estarem realizando as ações de promoção e prevenção em detrimento do atendimento clínico-curativa, dificultando a consolidação do modelo de atenção preconizado pelo programa.

O máximo que eles [cirurgiões-dentistas do PSF] conseguiam era pensar a prevenção. E olhe lá se conseguia chegar à prevenção mesmo. Promoção era uma coisa muito fora do sistema. O que se pensava eram escovação e aplicação de flúor [...]³⁷.

³⁷ Entrevista com o ex-gestor distrital B

Eu acho que a gente ainda tem um caminho a trilhar até chegar numa assistência de qualidade em saúde bucal. Hoje a gente tem muito mais uma atenção curativa. A gente ainda tem alguns profissionais com uma visão muito arcaica de saúde bucal. Então, ainda tem o profissional dentro de unidade que diz: “eu só faço extração”³⁸.

Então a gente tem tido que fazer algumas propostas de atendimento, que a gente reserve um pouco de tempo para a questão da prevenção. Isso tem tido algumas resistências dos profissionais, por que eles preferem, infelizmente, ainda a atenção curativa, por que atende seus pacientes e vão embora, sem grande comprometimento, mesmo estando no PSF³⁹.

[...] eu acho que a saúde bucal repete o mesmo modelo, que a gente continua repetindo o mesmo modelo. O PSF que deveria ter uma outra estrutura, um outro formato, a gente consegue reproduzir num determinado momento aquela mesma estrutura, do profissional que está ali, só marca tantas consultas⁴⁰...

Para Barros e Chaves (2003), a prática profissional do dentista no PSF continua amarrada a uma demanda reprimida e crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade.

Sobre o mesmo aspecto, Araújo e Dimenstein (2006) afirmam que os dentistas têm um perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínica. Silveira Filho (2002) pontua que deslocar o foco da atenção centrada na doença para a formulação de estratégias pautadas na promoção à saúde é uma proposição bastante instigante para a odontologia que historicamente construiu suas práticas individualizadas e centradas na figura do cirurgião-dentista.

Em relação ao processo de trabalho técnico e gerencial, merece destaque a separação que de certa forma existe entre a ESF e a ESB. Teixeira (2006) afirma que o modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido em práticas compartilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. O Ex-Gestor Distrital A defende que “... talvez isso aconteça por que a saúde bucal veio depois enquanto política ministerial”. E continua: “a gente vê isso em relação à integração com os outros profissionais da equipe. [...] Ainda se separa o dentista dentro da equipe”.

³⁸ Entrevista com o gestor distrital

³⁹ Entrevista com o gestor distrital

⁴⁰ Entrevista com o ex-gestor distrital A

Para Werneck *et al.* (2003) apud Manfredini (2004) essa visão da ESB como apêndice da ESF se deve ao fato de que a inserção da saúde bucal no PSF não se deu com base nas experiências já existentes ou a partir de uma ampla discussão acerca de seus significados, com a participação dos profissionais de saúde bucal, entre si ou junto aos demais profissionais do setor saúde. Não houve um processo de reflexão que permitisse a compreensão, tanto do alcance das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica, quanto das dificuldades inerentes à mudança do processo de trabalho requerida por este movimento de formação de uma equipe multiprofissional.

Para Haupp (2007) a coordenação do processo de trabalho na USF deve promover uma forma de interação na equipe que busque superar progressivamente a fragmentação dos saberes e práticas e lidar produtivamente com diferenças e conflitos. Groisman *et al* (2005), faz uma análise aprofundada sobre essa separação. Segundo a autora, para que a saúde bucal não seja apenas uma referência para assuntos odontológicos e sim faça parte efetivamente da equipe, são necessários: igualdades de condições de trabalho e salários, responsabilidade pelo mesmo número de família e condições equânimes de interação com sua comunidade adscrita.

Sobre a estrutura, e mais especificamente em relação aos equipamentos, mesmo o Ministério da Saúde garantindo incentivo financeiro adicional, por ESB implantada, para a aquisição de instrumental e equipamento odontológico (BRASIL, 2000), muitas das primeiras Unidades de Saúde da Família forma montadas com equipamentos remanescentes das unidades tradicionais que foram transformadas. Muitos desses equipamentos já eram velhos. Em estudo realizado em municípios de São Paulo, Leal e Tomita (2006) encontraram como uma das dificuldades das ESB o fato de os equipamentos serem muito velhos, o que gera a maior necessidade de manutenção, dificuldade do atendimento do cirurgião-dentista e põe em risco a qualidade do serviço.

Se por um lado essa atitude foi uma estratégia da Secretaria de Saúde para reaproveitar os equipamentos, por outro, foi uma incoerência, tendo em vista que foram alocados equipamentos velhos em serviços novos e prioritários, que se tinha a pretensão de reorganizar a atenção odontológica. Soma-se a isso o fato de que as primeiras ESB são implantadas no momento (2001) em que a Prefeitura passa a aumentar os recursos empregados na Saúde. Essas evidências levam a crer na falta de planejamento e de priorização da Política de Saúde Bucal no Município naquele momento. A partir da fala de alguns atores, pode-se constatar o ocorrido e suas conseqüências.

As primeiras Unidades de Saúde da Família [entenda-se ESB] foram montadas com restos das unidades que já existiam. Você chegava no Albert Sabin, no Clementino Fraga, no Lessa de Andrade [policlínicas] e saía tirando. Você tirava uma cadeira de um canto, uma cadeira do outro e aí você terminava montando. Os instrumentais de odontologia foram montados muito nesta redistribuição⁴¹.

Agora a maioria das unidades está com equipamentos. As mais novas são bons, as mais antigas não. Tem equipamento que precisam ser substituídos, e com urgência. São as primeiras unidades que foram transformadas a partir das unidades tradicionais e se aproveitou os equipamentos⁴².

[...] tem as unidades antigas que estão com equipamentos mais antigos e que precisam ser substituídos. Mas como tem as unidades novas, são estas que estão recebendo os novos equipamentos⁴³.

Outra questão que diz respeito à estrutura no Saúde da Família é a adequação da infraestrutura imobiliária das USF's. Parte das unidades foi construída pelo poder público, já visando o programa, portanto, dentro de uma normatização. Outras foram implantadas em unidades básicas transformadas. Então neste caso, já dispunham de uma estrutura física adequada, ou pelo menos direcionada para as atividades em saúde. No entanto, muitas unidades foram implantadas em casas alugadas, gerando, via de regra, dificuldade para adequação de suas estruturas para o funcionamento do programa. Do ponto de vista da estrutura, talvez a questão imobiliária seja um dos maiores entraves, não só para o Recife, mas em todo o país, pois leva o programa a situações de precariedade e improvisação (FACHINI *et al.*, 2007).

Apesar do Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2005b) atentar para a necessidade de garantir estrutura física adequada nas USF's para a realização dos atendimentos clínicos, e principalmente para as atividades de promoção e prevenção, na prática, a proposta esbarra em questões reais. Como o programa foi implantado prioritariamente em áreas pobres, os imóveis disponíveis para compra ou aluguel não apresentavam espaço físico ou estrutura adequada para a implantação das unidades, o que por vezes dificulta o desenvolvimento das atividades inerentes ao PSF. A fala do Gestor Distrital resume este fato: “Uma situação que travou muitos processos naquele momento foi a questão da estrutura física, de achar dentro da comunidade os espaços adequados”⁴⁴.

⁴¹ Entrevista com o ex-gestor distrital B

⁴² Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal B

⁴³ Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal B

⁴⁴ Entrevista com o gestor distrital

Outros atores completam:

[...] em relação à estrutura a crítica que eu faço é que é difícil de encontrar imóveis adequados para a implantação de uma unidade. Por que são imóveis colocados em comunidades de baixa renda. Não tinha ao mesmo tempo, a possibilidade de comprar essas casas. Então elas eram alugadas e o poder público investia na reforma, na estrutura e não ficava com a estrutura adequada⁴⁵.

A gente tem muita dificuldade nos distritos com morro que são áreas de ilegalidade das casas. Não tinham casas que já abrigavam unidades. Então tem um nível de dificuldade muito maior em relação ao espaço físico. Por exemplo, no Alto José do Pinho você tem a maior densidade populacional do Recife. É um morro extremamente pontudo, ele é bem alto. A parte de cima dele, viável para colocar a unidade era muito pequena. Então a gente não conseguia muitos espaços⁴⁶.

Em algumas situações, mesmo encontrando-se um imóvel mais adequado para implantar USF, a falta de documentação imobiliária dificultou a aquisição ou o aluguel do imóvel.

Quando se achava um espaço adequado, não tinha a documentação, por que como as implantações dessas unidades aconteceram em comunidades muito carentes, então os imóveis, muitos não tem documento. Então isso é um entrave por que na ora que ele não tem o documento, a secretaria não pode fazer o contrato de aluguel, de compra, seja lá o que for [...]⁴⁷.

A implantação das equipes de saúde bucal esbarrou ainda no fato de que muitas unidades foram concebidas sem espaços para estas equipes, ou por que foram unidades implantadas antes de 2001 (a saúde bucal começou a ser inserida no PSF do Recife em 2001) ou por que não foram, de fato, planejadas para terem a atenção odontológica. Torna-se mais difícil a implantação das equipes depois que a unidade já está funcionando, por causa da falta de estrutura desses imóveis. As equipes de saúde bucal que são implantadas já na origem da unidade, de alguma forma têm o seu espaço reservado. A fala do Ex-gestor distrital A confirma: “como a saúde bucal veio depois [enquanto política ministerial], eu acho que ficou muito imprensado, no arranjo. [...] Arranja um lugarzinho para a saúde bucal!”⁴⁸. O Gestor Municipal de Saúde Bucal completa: “a gente sabe que algumas unidades não foram pensadas para ter a saúde bucal, principalmente as mais antigas”⁴⁹. Já o Gestor Distrital de Saúde Bucal C finaliza:

⁴⁵ Entrevista com o ex-gestor distrital A

⁴⁶ Entrevista com o ex-gestor distrital B

⁴⁷ Entrevista com o gestor distrital

⁴⁸ Entrevista com o ex-gestor distrital A

⁴⁹ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

Eu vejo a necessidade de quando se implantar, colocar a USF já com saúde bucal. Se isso não acontece, é uma dificuldade muito grande depois para montar toda a logística, o local, equipamentos, material, para colocar uma equipe para trabalhar naquela comunidade⁵⁰.

O fato é que algumas localidades não possuem a saúde bucal, ou pelo menos não são priorizadas, por que as unidades não dispõem de estrutura física para comportar as equipes, dando lugar a outras comunidades com unidades novas, já planejadas com o consultório odontológico. O Gestor Municipal de Saúde Bucal afirma que “[...] vem defendendo que tenha equipe de saúde bucal [em todas as USF]”⁵¹. E quando não tem, “[...] muitas vezes é a questão de estrutura física [que impede a implantação da equipe]”⁵². O Gestor Distrital confirma a limitação da estrutura física das unidades como barreira para a implantação da saúde bucal: “[...] hoje, apenas duas unidades nossa [Distrito Sanitário IV] não tem saúde bucal por conta do espaço físico. São as unidades que são ligadas ao IMIP. Já tinham uma casa definida, já funcionavam como centro comunitário de saúde. Só que não tem espaço físico”⁵³.

Além disso, em algumas situações, a falta de estrutura das unidades impede também a implantação de ESB na modalidade II (com THD), já que neste caso, há a necessidade de instalação de mais uma cadeira odontológica: “A própria estrutura física da unidade não tem dado condição para a gente botar a equipe na modalidade II, da gente trabalhar com THD, da gente priorizar a questão da prevenção da promoção da saúde. Então a própria estrutura não tem propiciado isso”⁵⁴.

A falta de adequação das unidades limita as atividades desenvolvidas pelo PSF, especialmente as atividades coletivas, como os grupos, mas também o próprio atendimento clínico, comprometendo a qualidade do serviço prestado, e muitas vezes descaracterizando o programa. Estes achados já foram observados por Costa (2007) que relatou haver certo grau de inadequação das Unidades de Saúde da Família no Recife, quanto à infra-estrutura, para a realização de algumas atividades específicas. A maior disponibilidade de sala de reunião no PSF significa mais espaços para atividades que não estão centradas no profissional e no usuário individual, podendo contribuir para o melhor desempenho do modelo em relação às ações programáticas e gestão do serviço

⁵⁰ Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal C

⁵¹ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁵² Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁵³ Entrevista com o gestor distrital

⁵⁴ Entrevista com o gestor distrital

(FACHINI, *et al.*, 2007). Sobre este aspecto, algumas falas explicitam a situação de algumas unidades no Recife:

A gente precisou utilizar outras estratégias. Tanto pela qualidade das casas, como pela inadequação dos espaços físicos. Eu lembro o caso da unidade de Marrom Glacê, em Afogados, onde a gente tinha duas equipes e espaço para um consultório [as duas ESB atendiam no mesmo consultório em horários diferentes]. Essa improvisação era sempre ponto de conflito interno⁵⁵.

O Ex-gestor Distrital A completa: “A gente precisou criar alternativa, que era o profissional do PSF atender na unidade de referência”⁵⁶.

Além do expressivo aumento da cobertura das ações de saúde bucal no PSF, no Recife também se buscou estruturar serviços especializados de referência e de pronto-atendimento em odontologia (SPA). De 2001 até agora, foram implantados quatro centros de especialidades odontológicas e quatro SPA's odontológico. A estruturação desses serviços ocorre dentro da perspectiva de reorientação do modelo de atenção, tendo o PSF e os SPA's como portas de entrada, e os serviços de referência como seguimento para os casos de maior necessidade (RECIFE, 2007a). De acordo com o Gestor Distrital, “quando se começou a discutir esse processo de implantação das equipes de saúde bucal dentro do PSF, começou a se ver também a necessidade de se garantir uma referência para as especialidades da odontologia. Ai foi quando veio a proposta do ministério de implantação dos CEO's”⁵⁷. Para Giovanella *et al.* (2003), as equipes de saúde da família são instituídas como a principal porta de entrada do sistema de atenção, com devida integração a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência que garanta resolatividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes.

Alguns estudos realizados nos estados de Santa Catarina (CONILL, 2002) e São Paulo (LEAL; TOMITA, 2006) apontam estrangulamentos do Programa Saúde da Família para estar funcionando como uma efetiva porta de entrada. Em recente pesquisa realizada no Recife (AZEVEDO, 2007), constatou-se que: o PSF como estratégia de viabilização do acesso ao sistema de saúde apresentou dificuldades de ordem geográfica (no encaminhamento dos usuários aos serviços de referência), econômica (o suprimento irregular de medicamentos na unidade acarretou despesas para os usuários), e principalmente de ordem organizacional (aspectos organizacionais que

⁵⁵ Entrevista com o ex-gestor distrital A

⁵⁶ Entrevista com o ex-gestor distrital A

⁵⁷ Entrevista com o gestor distrital

dificultam o acesso do usuário ao PSF, tais como: o modo de agendamento das consultas, a demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais, o excessivo número de famílias por equipe, entre outros).

Os serviços de referência em odontologia estão desigualmente distribuídos entre os Distritos Sanitários do Recife: os Centros de Especialidade Odontológicas estão localizados nos Distritos Sanitários I, II, III e IV; e os Serviços de Pronto Atendimento estão nos Distritos II; III; V e VI (RECIFE, 2007d). Ocorre que parte da população pode não ter acesso a alguns desses serviços, e caso o acesso seja garantido aos serviços nos outros distritos, o usuário terá que percorrer certas distâncias para ser atendido. A distância geográfica existente entre a população e o serviço atua como uma barreira, dificultando o acesso e criando dificuldades de “mobilidade da população” (FEKETE, 1996 apud AZEVEDO, 2007). Essa barreira deve ser aferida em função do tempo e dos meios habituais de transporte que levam até o consumo do serviço.

Apesar dos avanços alcançados pela Política de Saúde Bucal no Recife, especialmente em relação à ampliação do cuidado odontológico no PSF, percebe-se que este ainda tem um longo caminho a percorrer para constituir-se em serviço de qualidade, no sentido mais geral do termo. Sinteticamente, foram identificados, até agora: dificuldades no acesso em função da baixa cobertura populacional e grande diferença na relação ESB/ESF; falta de perfil de alguns cirurgiões-dentistas para atuar no programa; deficiência na infra-estrutura de algumas unidades; deficiência de equipamentos; desobediência ao protocolo de saúde bucal e a não realização de atividades inerentes ao modelo, realização de levantamentos epidemiológicos e uso de informação, planejamento, avaliação e ações de promoção à saúde. Além disso, em alguns aspectos, percebe-se ainda, que a odontologia acaba sendo relegada sempre a um segundo plano quando se fala numa política geral de saúde.

5.2.3 Aspectos administrativos

Nesta seção serão abordados os principais aspectos administrativos – gerenciais relevantes ao contexto de implantação da saúde bucal no PSF do Recife. O ponto de partida será a diferença de cobertura do PSF entre os distritos sanitários, problema que já foi bastante característico, mas que ultimamente vem sendo solucionado pela Secretaria de Saúde do Recife. De acordo com Zanetti (2002b), politicamente, sob a perspectiva da programação, as características e as possibilidades do

acesso em cada sistema local de saúde são resultantes de processos históricos, onde atores sociais fazem escolhas racionais e estratégicas que definem regras e assim ordenam a gestão de recursos mobilizados no enfrentamento das complexidades da equação oferta-demanda. Nesta perspectiva, por ser uma construção social, a universalização do acesso à atenção em saúde bucal depende de cenários locais específicos, e passíveis de resultados diferentes, mesmo que esses vários locais estejam dentro do mesmo município. Além disso, esse processo é histórico, por que leva em consideração a herança acumulada, das várias práticas gerenciais arraigadas, assim como entende Campos (2003).

De acordo com este mesmo autor, a construção coletiva e social da prática sanitária constitui-se num processo dialético envolvendo instâncias distintas ligadas às dimensões política e técnica. A primeira refere-se às condições institucionais, com o surgimento de consensos, que através do processo político, se estruturam em princípios constitucionais, passando pela regulamentação de dispositivos legais e seus respectivos mecanismos de financiamento. A segunda está ligada ao conhecimento que, segundo modelos teóricos, passa a dar concretude e a reger a organização e a gestão do sistema de saúde (CAMPOS, 2003).

A iniquidade de cobertura entre os distritos foi constituída ao longo do processo de implantação do PSF, e é fato bastante conhecido e discutido entre os gestores. Em estudo realizado no Recife sobre a cobertura das ações de saúde bucal, Patriota (2006) já havia identificado uma distribuição geográfica desigual dos serviços de odontologia entre os distritos sanitários. Além disso, alguns entrevistados colocam em breves palavras a descrição desse processo.

É. De fato ele não foi homogêneo. Tiveram distritos que conseguiram expandir mais rapidamente, e em outros distritos o processo foi mais lento. Alguns distritos têm ainda uma cobertura abaixo de 40%, abaixo de uma média da Secretaria. Hoje o município tem uma cobertura de 49%. Então, tem alguns distritos que tão um pouco abaixo disso⁵⁸.

A gente percebe que em alguns distritos a expansão aconteceu de forma lenta e em outros ocorreu de forma geométrica, com um aumento progressivo. [...] Houve grande diferença de distrito para distrito⁵⁹.

Em alguns casos, percebe-se inclusive uma diferença de cobertura entre as microregiões de um mesmo distrito, como é caso do V:

⁵⁸ Entrevista com o gestor distrital

⁵⁹ Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal A

Então a gente teve dentro do próprio distrito, em relação ao PSF, uma disparidade na expansão em relação às microregiões. A 5.1 não é a mais populosa [proximidades do bairro de Afogados] [...]. Ela teve uma expansão que cobria 58% da população pelo PSF. [...] Enquanto a gente tem 58.000 habitantes na 5.1, nós temos 102.000 na 5.3 [Totó, Curado, Sancho] e uma cobertura de menos de 12%⁶⁰.

A tabela 7 demonstra a distribuição das equipes de saúde bucal implantadas por ano e por Distrito Sanitário, bem como a razão entre a população estimada e a quantidade de ESB. Inicialmente, merece destaque o aumento significativo de ESB implantadas no município de 2001 até 2007, o que resultou numa redução da razão da população estimada por ESB de 144.280 hab/ESB para 14.655 hab/ESB, ou seja, uma redução de mais de dez vezes. A partir de uma análise detalhada desta distribuição percebe-se que esta melhoria não ocorreu de forma homogênea entre os distritos. Percebe-se que os melhores resultados em termos de cobertura no período foram os do Distrito I e II (valores em azul). Os piores foram os Distritos III e V (valores em vermelho). Para o ano de 2001, não foi possível fazer o levantamento desta distribuição a partir de fontes oficiais de informação.

Tabela 7 - Distribuição do número de Equipes de Saúde Bucal implantadas por Distrito Sanitário e por ano no Recife, e razão entre população estimada^A e ESB. Recife, 2001 - 2007.

Distrito Sanitário		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
DS I	ESB	2	-	7	7	7	8	8
	Pop. estimada	79.190	80.297	81.419	82.557	83.712	84.882	86.068
	Pop./ESB	39.595	-	11.631	11.794	11.959	10.610	10.759
DS II	ESB	2	-	5	19	17	17	19
	Pop. estimada	208.866	211.785	214.746	217.748	220.792	223.878	227.008
	Pop./ESB	104.433	-	42.949	11.464	12.988	13.169	11.948
DS III	ESB	1	-	7	10	10	17	18
	Pop. estimada	287.484	291.507	295.582	299.715	303.904	308.153	312.460
	Pop./ESB	287.484	-	42.226	29.972	30.390	18.127	17.359
DS IV	ESB	2	-	11	16	16	20	20
	Pop. estimada	256.552	260.138	263.775	267.462	271.201	274.993	278.837
	Pop./ESB	128.261	-	23.980	16.716	16.950	13.750	13.942
DS V	ESB	1	-	3	14	14	14	14
	Pop. estimada	251.957	255.479	259.050	262.672	266.344	270.067	273.842
	Pop./ESB	251.957	-	86.350	18.762	19.025	19.290	19.560
DS VI	ESB	2	-	12	21	23	24	28
	Pop. estimada	358.744	363.759	368.844	374.000	379.228	384.530	389.905
	Pop./ESB	179.372	-	30.737	17.810	16.488	16.022	13.925
RECIFE	ESB	10	37	44	87	87	100	107
	Pop. estimada	1.442.796	1.462.966	1.483.417	1.504.154	1.525.181	1.546.502	1.568.121
	Pop./ESB	144.280	39.540	33.714	17.289	17.531	15.465	14.655

Fonte: Autor

⁶⁰ Entrevista com o ex-gestor distrital A

As iniquidades em saúde referem-se às diferenças desnecessárias e evitáveis, e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis a exemplo de acesso inadequado a serviços públicos essenciais (GIOVANELA *et al.*, 1996). Esta autora define equidade no uso de serviços de saúde como igualdade nas chances em ter acesso e receber tratamento adequado entre as diferentes classes sociais.

Fazendo-se uma reflexão do ponto de vista ético, pode-se perceber, a partir do que já foi colocado, que faltou uma discussão mais aprofundada de justiça, que pudesse ter orientado a alocação do PSF dentro do município. Isso fez com que parte da população tivesse mais oportunidade de acesso aos serviços implantados do que outra, sem, contudo representar critério de equidade. Para Leal e Tomita (2006, p. 158), “a reflexão ética deve preceder a formulação de políticas sociais para que sejam justas e considerem todos os seres humanos merecedores de direitos, entendendo a saúde como de inequívoca responsabilidade do Estado”. Para as autoras, ainda há o fato de que boa parte da população não tem conhecimento sobre seus direitos (direito de acesso), portanto, não poderiam lutar por eles.

Os critérios de justiça para a implantação do PSF no Recife poderiam ter levado em consideração os aspectos sociais, culturais, a rede de saúde já estabelecida e, sobretudo, os aspectos epidemiológicos de cada comunidade/localidade dentro dos distritos sanitários. Para Campos (2003) considerar os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários são aspectos fundamentais para o alcance do modelo de Vigilância à Saúde, enquanto modelo que deve ser operacionalizado pelo PSF.

A lógica de expansão com iniquidade encontrou um campo muito fértil na primeira gestão do atual Prefeito (2001-2004), principalmente pela falta de planejamento da Secretaria de Saúde, por questões políticas e pela (in)capacidade gerencial de alguns distritos. A partir da segunda gestão (2005), a forma de encarar o processo de expansão e a diferença de cobertura, que já estava estabelecida, passou a ser tratada de forma diferente e prioritária. De acordo com o Gestor Distrital, nesta segunda gestão se “tem dado maior atenção aos distritos com menor cobertura”.

Apesar de se ter a clareza de que o PSF deveria ser adequado às necessidades das comunidades de acordo com o princípio da equidade no SUS, priorizando as áreas de maior

exclusão social (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003; RECIFE, 2002b), como principal razão para a diferença de cobertura neste primeiro momento, aparece claramente nas entrevistas a falta de um planejamento sistemático da Secretaria que apontasse os critérios para a implantação. Critérios estes que deveriam se basear na necessidade de cada distrito, em função do perfil de suas comunidades/localidades. Para o Ex-gestor distrital B:

[...] faltava a discussão política de necessidade. Apesar de a gente ter áreas extremamente carentes no Recife, mas no todo você tinha unidades de saúde da família implantadas em locais com muito menos necessidade do que os outros. Faltou a equidade mesmo⁶¹.

Esta fala é corroborada pela Figura 8, apresentada abaixo. Pode-se perceber, a partir de uma análise mais superficial, que a maior parte das Equipes de Saúde Bucal implantadas, guarda certa relação com áreas de maior pobreza no Recife (Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS). Contudo, a partir de uma observação minuciosa, percebe-se que algumas Equipes não estão implantadas nessas áreas (de maior prioridade), não guardando, se quer uma relação de proximidade com as áreas hachuradas. Percebe-se ainda, que algumas ZEIS, não possuem Equipes de Saúde Bucal implantadas. Em estudo realizado sobre a desigualdade em saúde bucal e nível de desenvolvimento humano, Moysés (2000) constatou o que parece ser óbvio: existe forte correlação entre baixa condição social e alta prevalência de doenças bucais, ou seja, determinantes sociais em saúde apresentam grande potencial explicativo em relação à cárie dentária e outras enfermidades bucais. O autor argumenta que desigualdade em saúde reflete privação material, política ou cultural. Declara, ainda, que a saúde é um produto de forças sociais, sendo uma propriedade do ambiente social e a da relação do indivíduo com este ambiente. O autor finaliza afirmando que os diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior – embora “distantes” em termos de mecanismos causais seqüenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade”.

A partir da Figura 8, percebe-se, ainda, que existem muitos bairros que não possuem Equipes de Saúde Bucal implantadas.

⁶¹ Entrevista com o ex-gestor distrital B

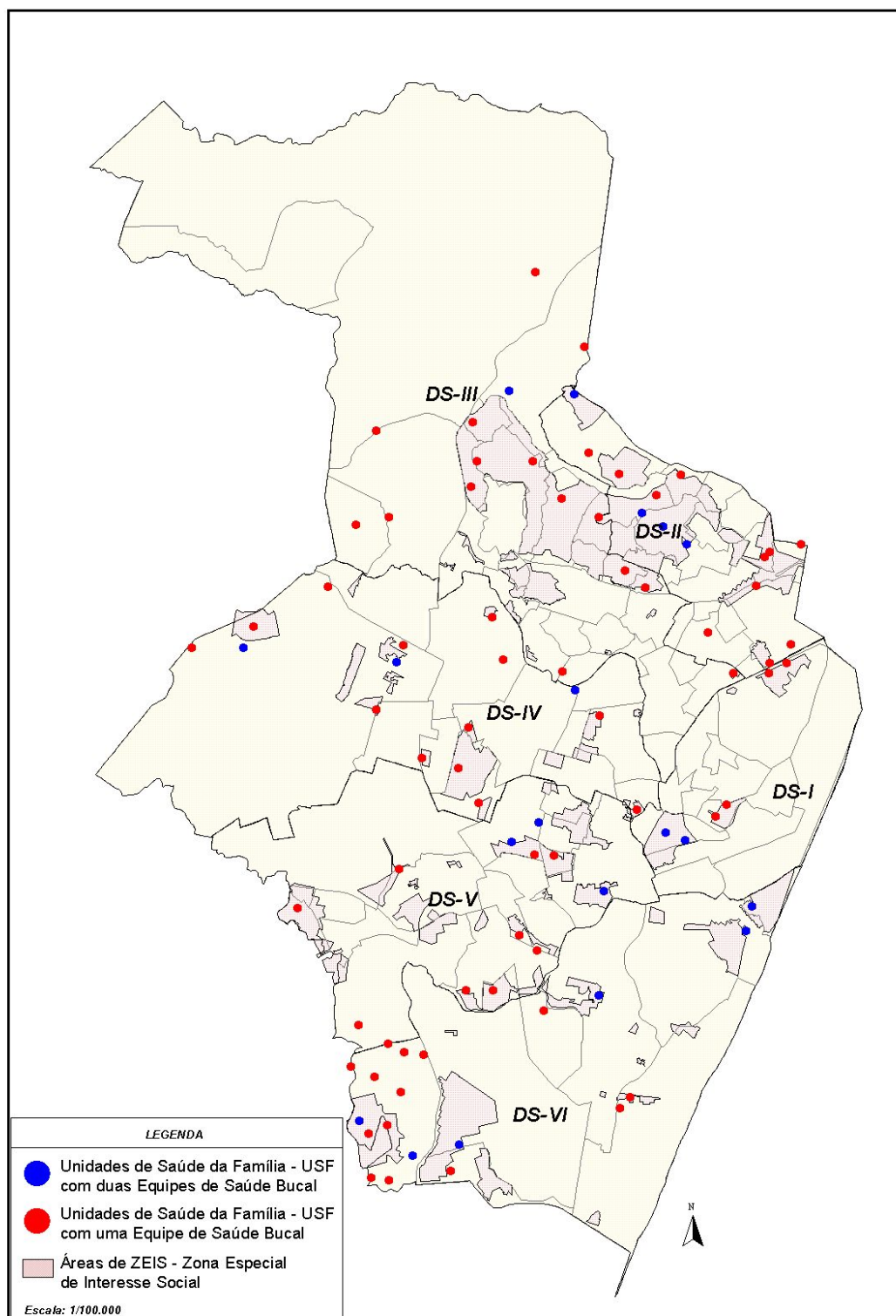


Figura 8 – Distribuição das Equipes de Saúde Bucal por Distrito Sanitário, por bairro e relação com áreas pobres do Recife (ZEIS). Recife – meados de 2007.

Fonte: autor.

A fala do Ex-gestor distrital A corrobora a questão da iniquidade, apresentando ainda o caso específico do Distrito Sanitário V, que sempre foi tido como o distrito com menor cobertura pelo PSF.

No distrito V a gente não tinha nem 35% da população coberta pelo PSF. É um distrito em que toda a população é usuária do SUS, diferente dos outros, onde você tem bolsões de pobreza, mas uma realidade social mais diferenciada. No distrito III, por exemplo, você tem uma Jaqueira, tem Parnamirim [bairros com alta qualidade de vida]. No distrito V você tem uma uniformidade maior da pobreza. Não tem uma área que não seja usuária potencial do SUS. Você pega os indicadores do Atlas de Desenvolvimento do Recife, você vê isso. Hoje eu diria, sem medo de errar que 100% da população do distrito V são “SUS dependente”. E nós não tínhamos nem 35% de cobertura de PSF. Enquanto que outros distritos você chega até 60%, 70%⁶².

A falta de uma programação sistemática da Secretaria de Saúde que levasse em consideração a necessidade de cada distrito deixou espaço para que outras racionalidades (como a política setorial e/ou partidária) determinassem o volume inequânime de implantação do Programa entre os mesmos. Além disso, se por um lado não havia programação para orientar a implantação das unidades, por outro, a Secretaria deixava os distritos à vontade para estabelecerem e executarem seus planos de expansão, e assumia financeiramente a decisão do distrito por essa implantação. A final de contas, naquele momento inicial, a cobertura do PSF no Recife era muito baixo e havia a perspectiva de aumento dos recursos orçamentários destinados à saúde. Então, a associação destes fatores (falta de planejamento sistemático, grande necessidade de expandir a rede e aumento dos recursos destinados à saúde) levou os distritos a estabelecer uma “corrida/competição” entre si para a implantação das primeiras unidades. A fala do Gestor Distrital deixa clara essa situação inicial na primeira gestão:

Eu acho que num primeiro momento, como não se tinha essa pactuação [programação] a partir da necessidade com a questão orçamentária da secretaria, no início ela foi a partir da dinâmica mesmo de cada distrito. Então, quem trazia [a demanda de implantação para a Secretaria] ia sendo contemplado, não tinha muito essa definição de que eu precisava naquele momento implantar tantas equipes, mas o distrito V, por exemplo, tinha uma expansão muito pequena... Não tinha essa clareza no início⁶³.

Dentro desta atitude gerencial de competição prevaleceu a racionalidade política (setorial e/ou partidária) como instrumento de favorecimento para a implantação do Programa Saúde da

⁶² Entrevista com o ex-gestor distrital A

⁶³ Entrevista com o gestor distrital

Família entre os distritos. Segundo Campos (2003), a trajetória da política de saúde tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema, resultado dos embates, dos consensos e dissensos.

Neste sentido, para o Gestor Municipal de Saúde Bucal, um aspecto importante foi a capacidade gerencial de alguns gestores de distrito, de se colocar perante a Secretaria com um maior poder de discussão, de decisão, de negociação e de barganha. A fala do Gestor Distrital corrobora este aspecto, e demonstra que essa capacidade gerencial resulta num poder político setorial, capaz de ter influência dentro da Secretaria e perante outros gerentes de distrito.

Então, no início, foi quem teve maior poder de barganha, quem teve uma atitude gerencial mais rápida. Quem teve uma maior facilidade de conduzir. Quem correu na frente e puxou o bonde, levou!⁶⁴

O Gestor Distrital ressalta a influência das constantes mudanças do quadro gerencial ocorridas em alguns distritos: “Tem distritos que tiveram muitas mudanças de gerência. Isso também dificulta, por que quando o processo está sendo encaminhado, aí chega um novo e vai construir da sua forma. Essas situações contribuem para que o movimento não tenha acontecido da mesma forma”⁶⁵.

A racionalidade político partidária aparece mais nitidamente na fala do Ex-gestor Distrital B, enquanto aspecto do contexto que parece ter influenciado de forma positiva na expansão da rede de pelo menos dois distritos (IV e VI). Segundo este ator:

Eu acho também que tinha certo privilegiamento em termos de facilitação entre os distritos. Tanto que passava pela [...] questão do nível central de apoiar. No final das contas os distritos IV e VI avançam muito na cobertura. [...] então eu acho que claramente também tinha uma questão política, né? Os dois [gerentes de distrito], do IV e do VI eram candidatos a vereador. Isso não dá para a gente tá negando⁶⁶.

Em torno da formulação ou da implementação de qualquer política pública, sempre há um permanente campo de tensão e conflito em função de interesses específicos. O caso do Recife não é isolado! No ano de 1992, a Cidade de Curitiba, no Paraná, passou por profundas mudanças

⁶⁴ Entrevista com o gestor distrital

⁶⁵ Entrevista com o gestor distrital

⁶⁶ Entrevista com o ex-gestor distrital B

organizacionais na saúde, buscando a superação de um modelo de organização departamental-centralizado por uma visão distrital-local-descentralizada e integral. Nesse processo, Moysés *et al* (2002) relata que a mudança não ocorreu solta, em determinado espaço geopolítico, nem desarticulada das forças que exercem um campo de tensão em torno da mudança de organização. Para ele, naquele momento, jogava-se, simultaneamente, com a mudança organizacional e com o processo político de acumulação/desacumulação de poder institucional de cada ator.

Na primeira gestão, merece destaque o fato do Distrito Sanitário IV orientar o processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal sempre atrelada à expansão das Unidades de Saúde da Família, sendo considerado um dos distritos mais organizados neste aspecto, por ter garantido uma estrutura necessária. O resultado disso pode ser observado na tabela 6, onde se observa que este distrito sempre teve uma das maiores quantidades de ESB implantadas. Além disso, algumas falas reforçam este fato:

Um distrito especial neste período 2001-2004... É um distrito que a gente acredita um dos mais organizados nessa época e hoje ainda tem reflexo disso, no sentido de padronizar, de sistematizar a implantação [das ESB] de uma forma mais racional é o distrito IV. Ele não tem muito furo. Então, as equipes foram implantadas na proporção de pelo menos um pra dois. Só colocaram equipe onde realmente podia ter equipamento. A coisa foi sistematizada mais redondinha⁶⁷.

[...] e de que ele [ex-gestor do distrito sanitário IV] estabelece como uma meta de que as unidades têm que ter saúde bucal. Então, ele estabelece para ele esta meta, mesmo as unidades que tinham uma estrutura física precária, não deixava de ter um consultório de saúde bucal, mesmo que fosse pequeno⁶⁸.

No segundo momento (segunda gestão), o processo de expansão foi reorientado na perspectiva de uma programação e na perspectiva de priorizar a implantação das unidades nos distritos com menor cobertura, como já visto.

Então nesse primeiro momento ele aconteceu dessa forma [sem programação]. Mas depois não. Ai levou um freio de arrumação. E ai as coisas foram sendo mais bem pactuadas, melhor definidas, por que essa dinâmica de quem correr mais rápido ganha, não é uma dinâmica que favoreça a uma concordância, a uma harmonia da equipe gerencial⁶⁹.

⁶⁷ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁶⁸ Entrevista com o ex-gestor distrital B

⁶⁹ Entrevista com o gestor distrital

Cabe ressaltar que neste segundo momento, as exigências da E.C 29 já haviam sido alcançadas (aplicar 15% dos recursos próprios na saúde até 2004). Então, no campo financeiro o quadro era outro, contava-se agora com uma limitação dos recursos. É neste momento, em que a Secretaria reorienta o seu discurso, não mais para a expansão, mais para a qualificação da rede (como já foi visto). Sobre este momento, o Ex-gestor distrital A coloca:

No final da primeira gestão, tinha quase 200 equipes [implantadas sem critérios de equidade]. Na gestão seguinte o volume de recurso financeiro do tesouro era muito baixo e tivemos que fazer uma adequação para garantir a viabilidade dessa rede que já estava montada. Ai a expansão ficou prejudicada naquelas áreas que deveriam receber maior atenção⁷⁰.

Sobre a estrutura, e especificamente no quesito recurso humano, vale destacar a condição dos coordenadores de saúde bucal no município. Não há uma definição dos cargos de coordenadores municipal e distrital. O que há são profissionais (dentistas) desviados de função que respondem pela saúde bucal nos distritos e no nível municipal. Muitos profissionais, no início, faziam o atendimento clínico e acumulavam as atribuições de coordenador (GESTOR DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL A, GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL).

A inexistência do cargo leva a uma indefinição das competências inerentes à função, principalmente das atividades gerenciais, pois não há um regimento que as estabeleça. Isso tem se mostrado importante, pois resulta no não empoderamento deste ator diante de situações de decisão, tornando-se um dos pontos de fragilidade da política.

Partindo-se de uma situação pragmática, pode-se, por exemplo, questionar: a quem cabe estabelecer a implantação de uma equipe de saúde bucal, ao gerente do distrito ou ao coordenador municipal? Essa implantação deve obedecer a um plano de expansão distrital (portanto sob gerência do diretor do distrito) ou a um plano municipal (que certamente estaria a cargo do coordenador municipal)? É importante perceber que o coordenador municipal tem uma inserção transversal dentro da secretaria, portanto, perpassa todos os distritos. Os distritos, por sua vez, têm uma estruturação vertical, sendo cada um uma unidade territorial no município. Além disso, cada distrito realiza suas atividades de modo bastante peculiar, em função de seu contexto, capacidades, interesses, etc.

⁷⁰ Entrevista com o ex-gestor distrital A

O que se observa a partir de algumas entrevistas é que atividades fundamentais da política não são realizadas pelas coordenações, como é o caso do planejamento da expansão das equipes de saúde bucal. Normalmente, as coordenações são informadas sobre a implantação da equipe, cabendo-lhe garantir os equipamentos, instrumentais e insumos, bem como sua instalação. Mas não são chamadas para discutir o plano maior de expansão. A fala de alguns entrevistados confirma esta situação:

Antes nós não éramos chamados de jeito nenhum [para planejar a expansão]. Agora nós já participamos de algumas discussões. Mas ainda não é o ideal. Agora em relação ao que era anteriormente, melhorou muito. Eles diziam: “a unidade tal vai ter saúde bucal. Veja equipamentos, instrumentais...” Eu era informada que ia ter. Agora nós temos planilha, já se planeja, já se discute. Não em todos os momentos, mas já se discute⁷¹.

Em relação à localização eu não vou saber te responder [a coordenação não sabe, a princípio, onde vai ser implantada a ESB]. [...] A gente não entra nesse detalhe. Quando chega para mim, já chega assim: “Olha a gente vai inaugurar um PSF em determinada área”. [...] com certeza esse planejamento vem de algum canto, mas não vem da área de odonto. Isso quando chega para mim já vem montado, estruturado. [...] Então se monta uma ação e a odontologia entra nessa ação. Mas na escolha da área eu não faço parte. A gente chega depois, para intervir...⁷²

A gente não tem muita interferência de dizer se tem que ter ou não [ESB]. Mas a gente sempre tenta discutir, junto aos distritos a importância de ter. A gente não tem autonomia de dizer que tem que colocar. Cada distrito é que traz a sua demanda de necessidade. E a gente vai discutir junto, a estrutura para viabilizar esta implantação. [...] Mas quem decide, de fato, é o diretor do distrito. Não passa a decisão de implantar, pela coordenação de saúde bucal municipal ou distrital⁷³.

Então, percebe-se que a falta de definição das atribuições das Coordenações de Saúde Bucal fragilizar a Política além de gerar conflitos em situações específicas que envolvem poder, decisão e questões técnicas. Neste sentido, um outro problema levantado pelo Gestor Municipal de Saúde Bucal é que:

[...] normalmente os distritos organizam sua expansão e às vezes não conversam com o município ou com a coordenação municipal, e isso às vezes cria um problema por que implanta uma unidade e não estava na programação e às vezes a gente fica com dificuldade de dar suporte [aquisição de equipamentos, instrumentais, insumos e educação continuada]⁷⁴.

⁷¹ Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal B

⁷² Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal A

⁷³ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁷⁴ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

Outras situações de conflitos colocadas pelo Gestor Municipal de Saúde Bucal:

Eu já tive momento aqui de distribuição de equipamentos, e ter conflitos grandes, por que não cabia a mim decidir para onde o equipamento deveria ir, e sim o distrito. E as escolhas que foram feitas, repercutiram negativamente no modelo de atenção à saúde bucal. Então, hoje eu tenho equipamentos novos em unidades tradicionais ociosas, enquanto isso, eu tenho unidade de saúde da família sem ter equipamento novo na saúde bucal⁷⁵.

[...] a contratação [de dentista, THD e ACD], [...] eles [distritos] chamam, lotam e a gente nem sabe. A contratação não passa pela coordenação! Mal a gente sabe que teve um dentista contratado para o saúde da família! Isso passa pelo nível distrital e já foram colocadas várias vezes [pelos distritos] que não faz parte da coordenação política a contratação. Não é nossa atribuição!⁷⁶

O documento da Política de Saúde Bucal do Recife (Sorriso Melhor) traz as atribuições da Coordenação Municipal de Saúde bucal, certamente no intuito de preencher a lacuna deixada pela falta de oficialidade no estabelecimento do cargo de coordenador. Para ele, são atribuições do Coordenador (RECIFE, 2007 d, p. 9):

- Formular, implantar e implementar a política de saúde bucal no município;
- Planejar, avaliar e monitorar a política e as ações executadas;
- Gerenciar o processo de suprimento e abastecimento de materiais odontológicos à rede de serviços, bem como, solicitação de compras;
- Contribuir no processo de educação continuada aos profissionais;
- Participar das ações intra-setorial (articulação entre as políticas específicas, diretorias, etc.) e inter-setorial (educação, etc.) propostas à melhoria da atenção em saúde;
- Elaboração de normas e protocolos nos diversos níveis de intervenção;
- Assessorar os Distritos Sanitários na gerência das ações desenvolvidas em nível local:
 - Através de reuniões mensais com as gerências de saúde bucal dos distritos para planejamento, avaliação e monitoramento das ações propostas;
 - Discussão com os distritos de agendas específicas.

⁷⁵ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁷⁶ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

Como um dos principais avanços para a consolidação da saúde bucal no PSF, Groisman *et al* (2005), destaca a importância do papel das coordenações municipais de saúde bucal, de lutarem pela inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família.

Outro aspecto gerencial que tem influenciado a Política e com repercussões na qualidade da saúde bucal é o perfil dos Coordenadores Distritais. Boa parte desses coordenadores (de um total de seis) são dentistas desviados de função, alguns inclusive são servidores públicos, mas que não tiveram uma formação voltada para o gerenciamento de ações e serviços de saúde. Para o Gestor Distrital de Saúde Bucal:

O que a gente vê hoje é que os distritos que têm coordenações com um perfil mais diferenciado, mais voltado para a saúde coletiva (pelo menos metade tem), aparentemente, os resultados são melhores na ponta. Em contrapartida, a gente tem mais dificuldade onde essa gerência é mais frágil, a coisa fica mais solta⁷⁷.

Dos gestores distritais e municipal de saúde bucal entrevistados, todos possuíam algum tipo de formação (especialização, residência ou mestrado) na área de saúde pública/coletiva.

Ao avaliar o corpo gerencial da Secretaria de Saúde de Curitiba, Silveira Filho *et al* (2002) constatou que 24% dos cargos gerenciais oficiais eram ocupados por dentistas. Para ele, um dos fatores fundamentais para a consolidação do profissional de odontologia nas atividades gerenciais e administrativas naquele município era a formação que as faculdades de odontologia da região dispensavam aos seus alunos, dispondo de disciplinas que despertavam, nos mesmos, o interesse por esse universo de trabalho. Outro fator importante para a competente atuação dos odontólogos nas atividades de gerenciamento foi as capacitações e os cursos realizados pela Secretaria em parceria com instituições formadoras.

Baseado nas entrevistas, também se detectou uma dificuldade gerencial para operacionalizar as atividades que estão contidas no documento da política, bem como as pactuações que são discutidas e estabelecidas corriqueiramente. Muitos produtos que foram construídos, inclusive de forma participativa, não são operacionalizados, a exemplo de protocolos, fluxos e implantação de fichas específicas. Para o Gestor Municipal de Saúde Bucal: “... é frustrante não ver essa política

⁷⁷ Entrevista com o gestor distrital de saúde bucal

não ser operacionalizada até a ponta. E se não se operacionaliza até a ponta, é por que tem uma malha, uma rede intermediária, que não consegue também operacionalizar essa política”⁷⁸.

Este mesmo ator apresenta alguns exemplos de não cumprimento do protocolo:

A gente escreveu um documentozinho, e até enviou para os distritos, para definir, minimamente o que já está definido em portaria. Por exemplo, é um pra dois [uma ESB para duas ESF], bota equipe tipo I [ESB sem THD], é dois pra três, bota com THD [ESB tipo II]. E nada disso é seguido⁷⁹.

Nós tivemos um trabalho enorme na questão de rever a ficha clínica, trazendo um modelo atualizado que é usado num município modelo que é Curitiba, e até hoje não conseguimos de fato implantar. Por quê? Todo o nosso trabalho junto aos distritos foi feito quanto à qualificação e capacitação. Só que ai parou no distrito sanitário que não conseguiu operacionalizar para a ponta. Ai tem dentista que usa, outros não usam, uns usam só uma parte...⁸⁰

O laboratório de prótese, nós estamos há três anos para implantar e não conseguimos [...] por que os distritos não estão interessados em operacionalizar o espaço. Equipamentos no almoxarifado, material de consumo, dentes comprados. De tudo a gente tem. Inclusive já estava com todo o plano para contratação de técnicos. Agora faltam os locais para a gente implantar⁸¹.

5.3 A influência do contexto sobre o grau de qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife

Na primeira sessão deste capítulo, foi apresentado o grau de qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife a partir de vários aspectos (no âmbito da gestão e das ESB, por tipo de padrão, por Distrito Sanitário). Na segunda sessão, a partir da análise de implantação, foi possível identificar alguns aspectos contextuais relevantes para a conformação dessa atenção como a temos hoje. Nesta terceira e última sessão, buscar-se-á fazer a relação, na medida do possível, entre os resultados das duas partes anteriores, numa tentativa de um encadeamento lógico que possa responder à pergunta condutora do estudo. Para tanto, serão utilizados, como exemplo, alguns padrões de qualidade para fundamentar a construção dessa relação pretendida.

⁷⁸ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁷⁹ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁸⁰ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

⁸¹ Entrevista com o gestor municipal de saúde bucal

Apesar da conformidade dos padrões de qualidade “E” no âmbito das equipes ter sido classificada como “BOM”, o que se percebe a partir da análise do contexto é que existem muitas fragilidades do ponto de vista da estrutura na atenção à saúde bucal no PSF, que foram constituídas ao longo do tempo. As principais fragilidades foram: a presença de equipamentos odontológicos velhos nas Unidades de Saúde da Família mais antigas; o perfil de muitos cirurgiões-dentistas do Saúde da Família, que mesmo tendo feito curso introdutório e especialização em Saúde da Família, mostram-se inadequados para a atuação no programa; e a falta de infra-estrutura de algumas unidades de saúde, o que impede a realização de atividades inerentes ao programa, ou até mesmo a implantação de ESB na modalidade II (com THD). Vale destacar que este último fator também foi um forte ponto de corte para a não implantação das ESB nas unidades.

Sobre a infra-estrutura das unidades, os padrões de qualidade 3.2 (constante do apêndice A, instrumento nº3) que indaga se “o consultório odontológico permite a privacidade visual e auditiva dos atendimentos” e o 3.6 (constante do apêndice A, instrumento nº3) que indaga “se a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde” tiveram desempenho mediano. Boa parte das equipes disse não estar em conformidade com estes padrões, mesmo sendo padrões elementares de estrutura física. Na análise do contexto foram apresentadas várias situações pragmáticas que explicam a dificuldade para se implantar Unidades de Saúde com uma estrutura adequada.

Outro importante padrão de infra-estrutura, se “a USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas” (padrão 3.22, apêndice A, instrumento nº3), 70 ESB responderam que não.

Em relação aos equipamentos, o padrão de qualidade 3.5 (constante do apêndice A, instrumento nº 3) que indaga se “as ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades”, pelo menos 22 Equipes de Saúde Bucal disseram não estar em conformidade com este padrão (que também é um padrão elementar). Várias ESB, principalmente as mais antigas, estão trabalhando com equipamentos velhos, remanescentes das unidades básicas tradicionais.

Já quanto à “disponibilidade de insumos de saúde bucal em quantidade suficiente para o desenvolvimento de ações com regularidade” (padrão de qualidade 3.30, constante do apêndice A, instrumento nº 3) a maior parte das equipes afirmaram estar em conformidade com este padrão. Por outro lado, quando perguntados se “as ESB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população” (padrão 3.27, apêndice A, instrumento nº 3), mais da metade das equipes (52) respondeu que não dispõem de material para tais atividades. Essas evidências levam a crer que, se por um lado não falta insumo odontológico para as atividades estritamente clínicas, por outro, não há a priorização de atividades de educação em saúde, enquanto ação de promoção. Este achado também encontra espelho a partir da análise do contexto, onde se percebe a baixa adesão às atividades de promoção tendo como explicação, uma série de razões: a deficiência na formação do profissional para trabalhar num modelo que enfatiza a promoção à saúde, a demanda reprimida por atendimento clínico nas comunidades e a falta de insumos, dentre outros.

Para encerrar o breve bloco de estrutura, em relação ao recurso humano, e como visto a partir da análise do contexto, a Secretaria de Saúde havia capacitado todos os cirurgiões-dentistas em cursos de Especialização em Saúde da Família, fato que corrobora com a conformidade do padrão de qualidade 1.48 (constante do apêndice B, instrumento nº 1), respondido pelo Secretário de Saúde. O padrão indaga se “80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área (especialização ou residência em saúde da família, saúde coletiva ou similar)”. Neste caso, a conformidade foi total para um padrão que é classificado como “avançado”.

Do ponto de vista dos processos, em relação à integração ESB/ESF, quando indagados se “a Equipe de Saúde trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada [ESF e ESB]” (padrão 4.19, apêndice A, instrumento 4), 29 Equipes de Saúde Bucal responderam que não, corroborando como o indicativo do que havia sido observado a partir da análise do contexto, onde se percebeu uma baixa integração entre as equipes de saúde no PSF. Esse quadro parece ficar mais complexo se considerar-se que numa mesma USF, pode haver uma relação diferente entre ESB e ESF (1 para 1, 1 para 2 ou 1 para 3).

Sobre a referência, quando as ESB eram indagadas se “A ESB registra e monitora as referências para outros níveis de atenção” (padrão 4.12, apêndice A, instrumento 4), 36 equipes responderam que não. Esta considerável não conformidade corrobora com as fragilidades na

referência em odontologia encontrada na análise do contexto. Foi identificado que não há Centros de Especialidades Odontológicas em todos os distritos, o que dificulta o acesso dos usuários, e no caso deste padrão de qualidade, dificulta o monitoramento dos usuários referenciados por parte das equipes.

Sobre o uso de informação para o planejamento, 23 ESB informaram não usar o SIAB para o planejamento de trabalho (padrão 4.5, apêndice A, instrumento nº4). Este número representa quase um quarto das equipes de saúde bucal no município. É importante frisar, que mesmo o SIAB não possuindo informações sobre a condição de saúde bucal da população adscrita, ele é peça fundamental para o planejamento, pois traz outras informações como a condição social e de saúde geral do indivíduo. Essas informações, do ponto de vista do planejamento, são fundamentais para o estabelecimento de prioridades (de pessoas, grupos ou famílias) dentro da comunidade, a partir de critérios de risco. Neste sentido, 16 dentistas afirmaram que não “existe atenção diferenciada por parte das ESB para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou de isolamento social” (padrão 4.22, apêndice A, instrumento nº4). Este padrão é considerado “elementar” do ponto de vista do funcionamento do Saúde da Família.

Ainda em relação ao planejamento e avaliação, quando indagado se “a ESB dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações” (padrão 4.16, apêndice A, instrumento 4), mais da metade da equipes (57) responderam que não. Este resultado também encontrou alguma explicação a partir da análise do contexto, onde foi percebido que falta a cultura do planejamento e avaliação no serviço, além do preparo dos profissionais para tanto, especialmente em se tratando do cirurgião-dentista.

Sobre a atenção à criança, ao serem indagados se “as ESB desenvolvem ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério” (padrão 5.4, apêndice A, instrumento 5), pelo menos 17 dentistas informaram que não. Além disso, sobre o acompanhamento da saúde bucal de crianças menores de 5 anos (padrão 5.11, apêndice A, instrumento 5), pelo menos 19 dentistas informaram não realizar o acompanhamento completo desta população. Do ponto de vista do contexto, o que foi percebido é que existe um excesso de famílias sob responsabilidade das ESB, o que impede o acompanhamento adequado de toda a população.

Para encerrar esta breve discussão de processo, em relação ao acompanhamento da população adulta com necessidades especiais, foi constatado que pelo menos 21 ESB não realizam ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais, conforme contido no padrão de qualidade 5.60 (apêndice A, instrumento nº 5). Do ponto de vista da análise do contexto e também documental, foi constatado que a principal atuação preventiva da odontologia no Saúde da Família está voltado para escolares de escolas públicas municipais, viés bastante característico do modelo de atenção incremental, ainda arraigado nos serviços públicos de saúde.

Os padrões de qualidade “A” no âmbito das equipes tiveram sua conformidade classificada como “regular”, sendo que este tipo de padrão diz respeito, sobretudo, aos resultados mais duradouros. Se em relação à estrutura e aos processos, foram identificadas várias fragilidades, é de se esperar que em relação aos resultados estes achados sejam mais frequentes.

Quando indagados se “a ESB organiza "painel de situação", com os mapas, dados e informações de saúde bucal do território” (padrão 4.20, apêndice A, instrumento nº5), 62 equipes informaram que não possuem estes instrumentos de planejamento e monitoramento. Este achado, de certa forma era esperado, partindo do pressuposto de que o planejamento não faz parte da prática rotineira das ESB, como já foi visto.

Quanto aos resultados na atenção à saúde, sobre a redução do índice ceo-d⁸² na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses (padrão de qualidade 5.24, apêndice A, instrumento nº5) e redução do índice CPO-D⁸³ na população de 12 anos nos últimos 24 meses (padrão de qualidade 5.60, apêndice A, instrumento nº5), a maior parte das ESB informaram que não houve redução nestes indicadores. A Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde – NOAS 2001, estabelece como uma das responsabilidades da saúde bucal a assistência e prevenção às patologias bucais na infância (população de 0-14 anos) (BRASIL, 2001a). Então, é de se esperar que, sendo esta faixa etária prioritária do ponto de vista das intervenções em saúde bucal, haja redução dos índices ceo-d e CPO-D nas áreas contempladas pelo programa.

⁸² Índice ceo-d: representa a média de dentes decíduos cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o).

⁸³ Índice CPO-D: representa a média de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). Pode ser aplicado nas faixas etárias de 5 a 6 anos, 12 anos, 18 anos, entre 35 a 40 anos e mais de 65 anos.

Em relação ao grau de qualidade no âmbito da gestão, apesar dele ter sido classificada num todo como “bom”, o que se percebe a partir da análise do contexto é que algumas situações contrastam com estes achados.

Sobre a implantação do programa ter ocorrido prioritariamente em áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social (padrão 1.2, apêndice B, instrumento nº1), apesar da secretaria ter indicado que cumpre com este padrão, o que pode ser observado, inclusive a partir da fala de alguns ex-gestores é que não houve critério de necessidade que orientasse a implantação, principalmente das primeiras unidades. O resultado disso, como já foi visto, foi um crescimento inequânime e, em alguns casos, em áreas de menor necessidade.

Quando indagado “se a gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar à população coberta pelo saúde da família referência para as especialidades odontológicas” (padrão 1.34, apêndice B, instrumento nº1), a secretaria respondeu que sim. Apesar disso, é preciso frisar que o município conta com quatro Centros de Especialidades Odontológicas, e que o acesso a esses centros, a partir dos seis distritos, fica prejudicado, pelo menos sob o aspecto geográfico.

Sobre a vinculação da Coordenação de Atenção Básica/Saúde da Família, foi respondido que ela está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde. Apesar disso, as Coordenações Municipal e Distritais de Saúde Bucal não estão inseridas formalmente. Como foi visto a partir da análise do contexto, não há um cargo que as estabeleça, bem como não há regimento que defina suas atribuições. O documento da Política Municipal de Saúde Bucal é que estabelece estas atribuições, mas sem muitas formalidades.

Para finalizar, quando a Coordenação Municipal de Saúde Bucal foi indagada se a própria disponibilizava para todas as ESB documento com os princípios e diretrizes da estratégia Saúde da Família (padrão 2.32, apêndice C, instrumento nº2), foi respondido que sim. Além disso, a Coordenação também afirmou utilizar norma escrita referente à instalação física e equipamentos (padrão 2.33, apêndice C, instrumento nº2). Em relação à normatização, merece destaque, do ponto de vista do contexto, a produção do Protocolo de Saúde Bucal (documento da Política de Saúde Bucal no Município). Pelo que foi apresentado na análise do contexto, este documento é um instrumento fundamental para a garantia da normatização em saúde bucal no município. Contudo, o

que procede é que este material não vem sendo utilizado pelas equipes e pelos gestores, o que põe em risco a qualidade da atenção prestada.

A partir destas breves e pontuais exemplificações, percebe-se que existem situações de qualidade ou falta de qualidade que estão respaldadas do ponto de vista do contexto, enquanto construções históricas. Contudo, para um maior aprofundamento destas relações, seria necessário realizar pesquisas pontuais que pudessem levar em conta a diversidade dos padrões de qualidade presentes na AMQ, ou estudar separadamente os elementos de estrutura, processo e resultado. Apesar dessa dificuldade, pode-se concluir que ainda existe grandes barreira para a consolidação do modelo de atenção proposto, para que ele tenha condição de efetivamente substituir o modelo tradicional. Foram identificadas dificuldades de estrutura e processos mais elementares ao funcionamento do Programa Saúde da Família, além de alguns resultados importantes não alcançados, o que leva a crer que o modelo de atenção tradicional (o modelo de mercado) continua sendo reproduzido, apenas revestido de novas nuances. Estes achados confirmam as pesquisas realizadas no Recife por Azevedo (2007), Costa (2007), Patriota (2006) e Pereira (2007), e a afirmação de outros pelo Brasil afora, como Paim (2003). Estes autores pontuam avanços (em variados aspectos) alcançados pelo PSF, mas afirmam que ainda são insuficientes para promover alterações significativas no modelo de atenção à saúde.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo buscou avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife e analisar o contexto de implantação desta estratégia, tendo como orientação o seguinte questionamento: qual o nível de qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família no Recife, considerando-se o âmbito da Gestão e das Equipes de Saúde Bucal, e os aspectos contextuais relevantes na sua consolidação? Respondendo a esta indagação, os resultados levaram à conclusão de que a qualidade da atenção à saúde bucal ainda está longe de se caracterizar por resultados de excelência. Esta opinião encontra conciliação com aquelas levantadas por diversas pesquisas realizadas sobre o mesmo tema, inclusive na própria Cidade do Recife.

A hipótese assumida nesta pesquisa foi a de que o nível de qualidade da saúde bucal no PSF do Recife esteja entre regular a bom, sendo este resultado fortemente influenciado pelos padrões dos estágios menores (E, D e C), que denotam maior contribuição da estrutura e dos processos mais simples, em detrimento da excelência da estrutura e principalmente dos processos e resultados mais sofisticados. Assumiu-se ainda, que o nível de qualidade desta atenção se dá de forma diferente entre os DS, como resultado dos diferentes contextos político, técnico e administrativo vivenciado por cada um. De fato, conforme ficaram demonstrados neste estudo, os níveis de qualidade variaram entre “regular” e “bom”, sendo que os padrões dos estágios menores foram responsáveis por um melhor desempenho. Os distritos não demonstraram diferenças significativas de qualidade quando avaliados de forma mais geral (em relação à média de todos os padrões juntos). Contudo, a partir de uma análise mais detalhada por tipos de padrões, foram observadas diferenças significativas.

Essas diferenças de qualidade levam a crer que não há uma padronização no estágio de desenvolvimento da saúde bucal na estratégia SF entre os Distritos Sanitários. Parece que cada distrito está em certo momento de desenvolvimento. Houve distrito que apresentou um desempenho mais equilibrado entre os padrões, outro que apresentou um melhor desempenho nos padrões mais simples, outro que apresentou um melhor desempenho com os padrões mais complexos. É curioso

observar que neste último caso, ações mais avançadas estão sendo realizadas, ao ponto em que ações básicas não são.

Outra conclusão importante é que o grau de qualidade da saúde bucal no âmbito da gestão demonstrou um melhor desempenho do que no âmbito das equipes, sinalizando um maior desenvolvimento da estratégia em relação aos aspectos técnico-gerenciais do que técnico-assistenciais. Os resultados foram “BOM” e “REGULAR”, respectivamente. Apesar da diferença, no todo, a qualidade da atenção à saúde bucal no Recife foi classificada como “BOM”.

A avaliação da qualidade da saúde bucal a partir da proposta metodológica AMQ-SF, demonstrou ser um instrumento interessante para os objetivos deste estudo, mas com necessidade de implementação. Seria boa uma maior inclusão dos padrões de qualidade voltados para a saúde bucal, sobretudo dos padrões que dizem respeito aos processos e resultados. Percebeu-se a predominância dos padrões de qualidade direcionados para as atividades inerentes ao restante da ESF. Além disso, em alguns padrões faltou clareza se a ESB poderia ou não responder a determinada situação.

Este estudo guarda ainda um grande potencial a ser explorado a partir desses padrões de qualidade, uma vez que o aspecto analisado foi quase que exclusivamente o quantitativo. Ou seja, para o que foi delineado na metodologia da pesquisa, o mais importante era saber se as ESB responderam estar ou não em conformidade ao padrão (SIM ou NÃO), dados estes que foram analisados basicamente sobre a frequência dessas respostas. A partir de outros estudos, seria interessante adentrar na discussão dos aspectos qualitativos de cada padrão, o que seria bastante enriquecedor do ponto de vista da produção do conhecimento sobre o tema em pauta. Além disso, seria possível explorar, com mais vigor, o potencial da AMQ enquanto instrumento de avaliação e monitoramento.

A análise do contexto da implantação da saúde bucal no PSF foi realizada tomando-se como referência os aspectos políticos, técnicos e administrativos. Nesta parte do estudo foram identificados elementos condicionantes (limitadores e facilitadores) de natureza organizacional e na estrutura disponível para a atenção odontológica, contribuindo para os resultados alcançados, ideais ou não. Os principais elementos facilitadores foram:

- O atual prefeito (João Paulo) assume a Prefeitura do Recife em 2001 e busca implantar uma política mais de “esquerda”, com orientação voltada à redução das desigualdades e inclusão social;
- A necessidade da Prefeitura do Recife cumprir a E.C. 29 levando a um aumento significativo dos recursos destinados à saúde durante a primeira gestão (2001-2004);
- A construção do documento da Política de Saúde Bucal do Recife – Sorriso Melhor (também chamado de protocolo de Saúde Bucal);
- A adesão dos profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) efetivos ao Programa Saúde da Família;
- A promoção de cursos introdutórios e de especialização em Saúde da Família para todos os profissionais do PSF;

Os principais elementos do contexto que fragilizaram a política e comprometeram a qualidade dos serviços prestados foram:

- A Secretaria de Saúde ainda manter uma proporção aproximada de uma ESB para duas ESF;
- A pouca utilização do Protocolo de Saúde Bucal por parte dos distritos e das ESB;
- Formação inadequada dos cirurgiões-dentistas para atuar no PSF;
- A priorização dos procedimentos clínico-curativos em detrimento das atividades de prevenção e promoção à saúde por parte do cirurgião-dentista;
- A falta de adequação de muitas Unidades de Saúde da Família, que quando não impede a implantação das equipes de saúde bucal, dificulta suas atividades;
- A presença de equipamentos odontológicos velhos em algumas USF's;
- A insipiência na utilização das informações para o planejamento de ações;
- A não realização de levantamentos epidemiológicos periódicos pelas ESB;
- A falta de critérios e de um planejamento da Secretaria que orientasse a implantação do PSF no município;
- A iniquidade de cobertura entre os distritos, não só da saúde bucal, mas do PSF como um todo;
- A atitude gerencial de competição entre os distritos para a implantação das Unidades e Equipes do PSF ocorrida na primeira gestão;
- A influência política de alguns atores que tiveram maiores possibilidades de implantar o programa em seu distrito;

- A falta de clareza nas atribuições das coordenações municipal e distrital de saúde bucal e falta de empoderamento;
- A falta dos cargos oficiais para as coordenações de saúde bucal;
- A pouca qualificação de alguns coordenadores para atuar nas atividades de gerenciamento.

Na análise dos elementos contextuais as categorias estudadas não permitiram atribuir relação direta entre os níveis de qualidade específicos de cada Distrito Sanitário e os citados elementos uma vez que não houve uma diferença significativa entre os níveis de qualidade (mais geral) da atenção à saúde bucal no PSF entres os distritos. Contudo, a análise destas categorias permitiu compreender alguns aspectos que influenciaram a atenção odontológica no âmbito do município com reflexo em todos os DS.

Do ponto de vista político e normativo o presente estudo identificou importantes avanços da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, desde sua formalização, ocorrida em 2000, até os dias atuais, não só no nível Federal da gestão do SUS, como também no Municipal. No entanto, tomando como referência a melhoria contínua da qualidade, como abordada na proposta metodológica da AMQ-SF, é possível dizer que ainda há um longo caminho a ser percorrido até que a oferta de ações e serviços de saúde bucal no Recife se configure como uma atenção odontológica de excelência.

Recomendações:

Diante dos resultados e das conclusões aventadas recomendam-se algumas medidas no sentido de fortalecer a Política de Saúde Bucal do Recife, e mais especificamente a atenção odontológica no PSF:

1. Redefinir o plano de expansão das Equipes de Saúde Bucal levando-se em consideração as Unidades de Saúde da Família já implantadas e as áreas mais carentes descobertas pelo programa;
2. Adequar a relação ESB/ESF na proporção de um para um, oferecendo condições iguais de trabalho e responsabilização da população adscrita;

3. Realizar levantamento epidemiológico em saúde bucal, ao menos nas áreas cobertas pelo programa e em localidades mais carentes, a fim de produzir informações para o planejamento, avaliação e o monitoramento das ações e agravos de saúde bucal;
4. Estimular o uso de informações em saúde bucal tanto por parte das coordenações e demais gestores, quanto pelos profissionais das ESB;
5. Implementar o sistema de referência e contra-referência odontológica em todos os Distritos Sanitários, através dos Centros de Especialidades Odontológicas, e de Laboratórios de Prótese Regionais (conforme regionalização pertinente a este serviço);
6. Promover avaliações dos profissionais da saúde bucal e propor capacitações mais adequadas às práticas cotidianas da Estratégia Saúde da Família, visando uma melhor adequação do perfil profissional às questões mais pragmáticas;
7. Promover mudanças no processo de trabalho das equipes visando maior integração da ESB e ESF;
8. Fortalecer as ações de promoção e educação em saúde, buscando uma real mudança do modelo hegemônico centrado nas práticas biomédicas;
9. Fortalecer as coordenações de saúde bucal através da definição oficial dos cargos e do estabelecimento de suas atribuições;
10. Promover maior difusão do Protocolo de Saúde Bucal para os distritos e para as equipes de saúde bucal;
11. Adequar as USF não só para as atividades clínico-curativas em saúde bucal, mas principalmente para as atividades de promoção à saúde;
12. Substituir os equipamentos antigos e obsoletos por novos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO JR, J. L. C. e MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.179-181, 2006.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEINS, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-227,2006.

ALMEIDA, M.J. *Educação Médica e Saúde: Possibilidades de mudança*. Londrina: UEL, 1999.

ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: Gestão e Financiamento*. São Paulo: Hucitec, 2001.

AZEVEDO, A.L.M. *Acesso à atenção à saúde no SUS: O PSF como (estreita) porta de entrada*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v.12, n.1, p.41-51, 2003.

BODESTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. *Constituição de 1988*. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, DF, n. 4 , p. 7-9, 1999.

_____. *Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/wsa/binary/down_sem/PRDownloadServlet?arquivo=portaria1444_28_12_00.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2007.

_____. *Guia prático da saúde da família*. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2006.

_____. *Portaria nº. 267, de 06 de março de 2001*. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/portaria267.htm>. Acesso em: 17 jul. 2007.

_____. *Programa saúde da família*. Brasília, DF. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 24 abr. 2007. 2001c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. *Informe da Atenção Básica*.

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

_____. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2006.

_____. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira 2002/2003: Resultados Principais*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2006.

_____. *A implantação da Emenda Constitucional 29: Apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003*. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_SIOPS.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2007.

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde : Caminhos da Institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. *Caderno de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Números da Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 15 fev. 2007a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação do projeto AMQ nas Equipes de Saúde da Família do Programa de Extensão Comunitária do IMIP: somando esforços para produzir mudanças. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, n. 13, p. 49-52, 2007b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O processo de trabalho na estratégia saúde da família: o dia-a-dia das equipes. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, n. 15, p. 23, 2007c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Seminário de apresentação dos resultados iniciais da implantação do projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, n. 13, p. 17-27, 2007d.

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

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 569-584, 2003.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 6., 2003, Recife. *Relatório Final*. Recife: Secretaria de Saúde, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). *Atenção especializada ampliada*. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 set. 2006.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n 18, supl., p. 191-202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., et al. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997. p. 29-88.

CORDÓN, J.A. Sobre a construção histórica do conceito de odontologia em saúde coletiva. *Ação Coletiva*, Londrina, v.1, n.1, p. 7-26, 1998.

COSTA, J.M.B.S. *Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família*. Recife, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2007.

COTRIM, C.B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde. 2001. p. 32-47.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação de programas. In: HARTZ, Z.M.A. (ed.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-49.

DHARAMSI, S.; MACENTEE, M. I. Dentistry and distributive justice. *Society, Science and Medicine*; Los Angeles, v. 55, n.2, p. 323-329, 2002.

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

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

DRAIBE, S. Apresentação. In: RICO, E.M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 9-11.

FACHINI, L.A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família*, n. 13, p, 28-41. 2007.

FARIA, R.M. Avaliação de programas sociais- evoluções e tendências. In: RICO, E.M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 32-44.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente (Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde). *Planejamento e políticas públicas*, Rio de Janeiro, n.3, p. 139-161, 1990.

FEKETE, M. C. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços*. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS/OPAS/MS, 1996. Disponível em: <http://www.opas.org.br/serviço/arquivo/sala5449.pdf>. Acessado em: 28 jan. 2007.

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

FELISBERTO, E. *et.al.* Avaliação da atenção básica e as doenças crônicas não transmissíveis. In: FREESE, E. (Org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 89-104.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje. *Revista da ABENO*, São Paulo, v.3, n.1 p. 24-27, 2003.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p.127-142.

FREESE E. *et al.* Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S. *et al.* *Abordagem ecossistêmica em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p.32-38.

GATTÁS, G.R.I.C. *Análise do Programa Saúde da Família a Partir dos Usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife*. 2003. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2003.

GIOVANELLA, L. *et al.* Porta de Entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.

GIOVANELLA, L. *et al.* Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 49-50, p. 13-22, 1996.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.

GROISMAN, S. *et al.* A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. *Cadernos da ABOPREV I*, São Paulo, p. 2-9, maio, 2005.

HAGUETTE, T. M. F. O objetivo das metodologias qualitativas. In: _____. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p 419-421, 2002.

HAUPP, B. Uma metodologia gerencial direcionada para unidades básicas de saúde: cultura e mudança organizacional. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, v. 15, p 9-21, 2007.

HOBDEL, M. H.; SHEIHAM, A. Barriers to the promotion countries. *Society, Science and Medicine*, Los Angeles, v. 15, p 817 – 823, 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO. *Estimativa populacional*.

Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2006/UF_Municipio.zip>.

Acesso em: 14 set. 2007.

LEAL, R.B., TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n.1. p. 155-160, 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos de 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269 – 291, 2001.

MANFREDINI, M.A. PSF: Promovendo saúde bucal. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, p. 50-54, 2004. Edição especial.

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

MARTELLI, P. J. L. *Análise da Atenção em Saúde Bucal no Nível Municipal: características do modelo assistencial*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMNF): uma agenda para reflexão. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n.60, p. 82 – 102, 2002.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, v.21, p. 15 – 28, 2000.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da família. In: SOUSA, M.F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 41-64.

MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS: tomo 1*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERHY, E. E. et al. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.) *Municípios: a gestão da mudança*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004, p. 45-76.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, São Paulo, v.1, n.1, p.7-17, 2000.

MOYSÉS, S.J. *et al.* Saúde bucal nos sistemas locais de saúde. In: SILVEIRA FILHO, A.D. et al. (Org.). *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: Armazém das Letras, 2002. p. 35-45.

NORONHA, A.B.; Graduação: é preciso mudar. *RADIS*. Rio de Janeiro, v. 5. p. 9-16, dez., 2002.

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

NARVAI, P.C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, A.G.R.C., *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, Brasília-DF, v.2, n.1, p.9-14, 1999.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde In: ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 473-489.

PATRIOTA, C.M.M. *A cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período 2000 a 2005*. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

PEREIRA, P.M.H. *Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

PIANCASTELLI, C. H. et. al. Saúde da família e desenvolvimento de recursos humanos. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 44 – 48, 2000.

RECIFE. *Lei Municipal nº 16.176, de 9 de abril de 1996 - Lei de Uso e Ocupação do Solo da Cidade do Recife - LUOS*. Recife, 1996. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/19mat_145101.php>. Acessado em: 28 set. 2007.

_____. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão 2001*. Recife, 2002a.

_____. Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2002-2005*. Recife, 2002b.

_____. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão 2002*. Recife, 2003.

_____. Secretaria de Saúde. *Marcas da gestão: Balanço da gestão – 2003* Secretaria de Saúde. Recife, 2004.

_____. Secretaria de Saúde. *Cuidando da Saúde no Recife: Secretaria de Saúde 2001-2004*. Recife, 2005a.

_____. Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009 - Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS*. Recife, 2005b.

_____. Secretaria de Saúde. *Caderno de Informação do SUS Recife. 2001-2007*. Recife, 2007a.

_____. Secretaria de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. *Relatório do SIAB sobre o cadastro das equipes*. Recife, 2007b.

_____. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. Recife, 2007c.

_____. Secretaria de Saúde. *Sorriso Melhor: Protocolo de atendimento odontológico nos serviços de saúde da rede pública da cidade do Recife*. Recife, 2007d.

RIBEIRO FILHO, B. *Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Disponível em: <<http://thesis.cict.fiocruz>>. Acesso em: 3 set. 2007.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 105-114, 2006.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SCHRAIBER, L.B. et. al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221 – 242, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES – GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES – GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto: programa e ações na Unidade Básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.57-64.

SECCO, L.G.; PEREIRA, M.L.T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 113-120, 2004.

SILVEIRA FILHO, A.D. Odontologia no PSF: um desafio. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, n.4, p. 17-18, 2002.

SILVEIRA FILHO, A.D. *et al.* Gestão multiprofissional no SUS municipal: uma visão da linha de frente. In: SILVEIRA FILHO, A.D. *et al.* (Org.). *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: Armazém da Letras, 2002. p. 57-63.

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

SOUZA, H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília-DF, v. 6, p. 10-15, 2002.

SOUZA, M.F. *et. al.* Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 7-14, 2000.

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

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde: Um modo de fazer*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília, DF, v.11, n.1, p.45-51, 2006.

TOBAR,F; YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

VIANA, A L. D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. *PHYSIS. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11 – 48, 1998.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2005. p.15-40.

VUORI, H. A qualidade da Saúde. *Cadernos de ciência e tecnologia*, São Paulo, n.1, p.17-25, fev. 1991.

YIN, R.K. Introdução. In: _____. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. p. 9-14.

ZANETTI, C.H.G. Opinião: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanço no SUS. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <<http://saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: 03 set. 2005.

ZANETTI, C.H.G. Universalização do acesso à atenção integral: um desafio programático ainda não respondido. *Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva*. São Paulo. v.2, n.2, p. 20-22, 2002b. Suplemento especial

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

APÊNDICE A

INSTRUMENTO nº3: Unidade Saúde da Família Infra-estrutura e equipamentos da USF

Elementar

3.2	O consultório odontológico permite a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	(S) (N)
O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.		
3.5	As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.	(S) (N)
O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador, equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice, pedal de acionamento do equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa ou autoclave e equipamentos de proteção individual (EPI's). Considerar ainda os instrumentais necessários ao atendimento compatível com a demanda esperada.		
3.6	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	(S) (N)
O padrão refere-se às condições de iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde.		
3.7	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	(S) (N)
Este padrão refere-se a um espaço na USF destinado à espera dos usuários que garanta à maioria dos presentes na recepção permanecerem sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade. Os assentos utilizados podem ser de diferentes tipos, respeitando-se a referência da cultura local.		

Consolidada

3.16	A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente.	(S) (N)
Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades. Esta sala pode ser viabilizada de diversas formas respeitando-se as condições locais.		
3.18	A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.	(S) (N)

O padrão refere-se à USF possuir: ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardíaco-respiratória.

3.20	A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.	(S) (N)
------	--	-------------

O padrão refere-se à presença de televisão, videocassete e/ou DVD, aparelho de som.

3.21	Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada.	(S) (N)
------	---	-------------

A disposição física dos consultórios, equipamentos (listados no 3.5) e instrumentais possibilitam o atendimento concomitante pelo cirurgião-dentista e THD, de maneira integrada.

Boa

3.22	A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.	(S) (N)
------	--	-------------

Embora sejam estruturas fundamentais em qualquer USF, sua existência qualifica a atenção prestada, ampliando o acesso, a equidade e a resolubilidade da AB.

Avançada

3.23	A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.	(S) (N)
------	--	-------------

A internet é considerada como um importante recurso para comunicação, obtenção de informações técnicas relevantes e atualização técnica (educação continuada). A existência de internet banda larga na USF, com disponibilidade para os trabalhadores da SF (estabelecendo-se os critérios) constitui uma importante marca de qualidade da AB.

Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

Elementar

3.27	As ESB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.	(S) (N)
------	--	-------------

O padrão considera que insumos mínimos para as atividades de educação em saúde sejam cartolina ou similar, pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado e impressos.

Desenvolvimento

3.29	A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.	(S) (N)
------	---	-------------

Considerar como insumos básicos: algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva de procedimento, fio para sutura, ataduras de gaze, abaixador de língua, termômetro, máscaras para inalação. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.		
3.30	A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade.	(S) (N)
Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.		
3.31	A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.	(S) (N)
Por exemplo: formulários, receituários e requisições. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.		
3.33	A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente, antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS.	(S) (N)
O padrão refere-se ao suprimento dos antibióticos utilizados na Atenção Básica, com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.		

INSTRUMENTO nº4: Consolidação do modelo de atenção

Organização do trabalho em saúde da família

Elementar

4.2	A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESB.	(S) (N)
Na estratégia SF a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.		
4.3	A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.	(S) (N)
O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.		

Desenvolvimento

4.5	A ESB utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.	(S) (N)
-----	---	-------------

O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESB: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.		

4.6	A ESB trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as microáreas de responsabilidade dos ACS.	(S) (N)
O mapa da área de atuação da ESF, discriminando as microáreas de atuação dos ACS, é umas das ações iniciais mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.		

Consolidada

4.11	O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área.	(S) (N)
Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros da equipe se reúnem para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.		

4.12	A ESB registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	(S) (N)
Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.		

4.13	A ESB registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos.	(S) (N)
As solicitações de exames são registradas sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.		

4.14	A ESB notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames.	(S) (N)
O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.		

4.15	A ESB dedica um período da semana para reunião de equipe.	(S) (N)
O padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, o padrão		

considera duas reuniões mensais de quatro horas.		
--	--	--

4.16	A ESB dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.	(S) (N)
------	---	-------------

O padrão refere-se a ESB dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.		
--	--	--

Boa

4.17	A ESB monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.	(S) (N)
------	---	-------------

A ESB estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento (consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.		
---	--	--

4.19	A ES trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	(S) (N)
------	--	-------------

O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.		
--	--	--

Avançada

4.20	A ESB organiza "painel de situação", com os mapas, dados e informações de saúde bucal do território.	(S) (N)
------	--	-------------

O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local acessível, no qual a ES dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização é trimestral.		
---	--	--

4.21	A ESB realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	(S) (N)
------	--	-------------

Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.		
--	--	--

Humanização, acolhimento e responsabilidade

Elementar

	Existe atenção diferenciada, por parte da ESB, para as famílias em	
--	--	--

4.22	situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social.	(S) (N)
A equipe conhece e presta assistência de maneira diferenciada às famílias em situações de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. Considerar a resposta afirmativa quando ações concretas em relação a estas famílias puderem ser apresentadas, tais como: maior número de VD, priorização no agendamento das consultas, mobilização da rede social, dentre outras.		

Desenvolvimento

4.24	Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço	(S) (N)
Os membros da equipe estão sensibilizados e prestarem atenção especial e esclarecimentos aos indivíduos com dificuldades de obter informações e/ou compreender as recomendações devido ao analfabetismo e outras situações de exclusão social. Estas ações de acolhimento e humanização são fundamentais para ampliar o acesso e a equidade. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuar da maneira indicada pelo padrão.		

Consolidada

4.27	A ESB oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB planejar as suas 40 horas semanais viabilizando horários diferenciados (após as 18:00, antes das 7:00 ou outros) para o atendimento de membros das famílias que não podem comparecer durante período habitual de funcionamento da USF.		
4.29	A ESB avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações.	(S) (N)
Refere-se à análise semanal das sugestões e reclamações formalizadas por escrito em urna, livro ou aquelas recebidas informalmente, com encaminhamento de respostas e ações para atendimento das reivindicações.		

Boa

4.30	A ESB desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da coresponsabilidade por parte dos usuários.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver iniciativas, tais como: grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.		
4.31	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços.	(S) (N)
A ESB estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe: consultas e procedimentos.		

Este monitoramento pode ser realizado por amostragem.

Avançada

4.32	A ESB está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.	(S) (N)
A ESB está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar, tanto na USF quanto na comunidade, situações em que processos subjetivos, tais como: estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuar da maneira indicada pelo padrão.		

Promoção da saúde

Elementar

4.34	São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB conhecer hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promover a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo à alimentação saudável.		

Desenvolvimento

4.38	A ESB participa de ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação pelos membros da ESB de grupos educativos e de convivência com os hipertensos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.		

4.39	A ESB participa de ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação pelos membros da ESB de grupos educativos e de convivência com os diabéticos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.		

4.43	A ESB participa de ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.	(S) (N)
O padrão refere-se aos membros da ESB desenvolverem mensalmente ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade, tais como: visitam a espaços culturais, passeios, festas, etc.		

4.45	A ESB participa, juntamente com o restante da equipe do desenvolvimento de ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.	(S) (N)
A equipe sozinha ou em parceria com ONG, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.		

4.47	A ESB desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico.	(S) (N)
O padrão refere-se ao desenvolvimento e registro de ações concretas e sistemáticas no campo das práticas populares de saúde. Podem ser consideradas ações desenvolvidas em conjunto com a Pastoral da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedeiras, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva da troca e integração de saberes.		

Boa

4.48	A ESB planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.	(S) (N)
A ESB planeja e executa projetos e ações em parceria com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde/problemas da comunidade e seu enfrentamento.		

Participação comunitária e controle social**Desenvolvimento**

4.55	A ESB debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver, no mínimo uma vez por trimestre, palestras, grupos operativos ou outras atividades participativas nas quais os temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS são o foco principal. Estas ações podem ser desenvolvidas em conjunto com outros organismos públicos ou organizações sociais.		

Consolidada

4.56	A ESB reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.	(S) (N)
O padrão refere-se a reuniões com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes.		

Boa

4.57	A ESB participa de reuniões com conselhos de saúde.	(S) (N)
O padrão considera a participação de um ou mais integrantes da equipe em reuniões de conselhos de saúde (Conselho Local de Saúde, Distrital e/ou Conselho Municipal de Saúde). Considerar como resposta afirmativa se a frequência for maior ou igual a 75% das reuniões, sendo considerada válida a participação em rodízio entre os integrantes da equipe ou de membros formalmente eleitos, com direito a assento/voto.		

Avançada

4.58	Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESB.	(S) (N)
O padrão refere-se a representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para resposta afirmativa considerar presença do(s) representante(s) comunitário(s) em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses.		

Vigilância à saúde: ações gerais da ESF

Elementar

4.62	A ESB participa da notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo.	(S) (N)
A ESB conhece e realiza os procedimentos relacionados à notificação compulsória de doenças, contribuindo para a alimentação fidedigna do Sistema Nacional Agravos de Notificação - SINAN.		

Boa

4.67	A ESB desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por auto-medicação, entre outras. Neste sentido, as visitas domiciliares e encontros com a comunidade podem oportunizar ações de identificação dessas situações. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.		
4.68	A ESB está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.	(S) (N)
A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas domiciliares constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações, tais como: a notificação e o acionamento de recursos previstos em órgãos públicos são obrigatórios. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.		

Avançada

4.69	A ESB acompanha a saúde bucal da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes segmentos da população. No Brasil, destaca-se o desenvolvimento de diretrizes e ações voltadas à saúde da população negra. Considerar a resposta afirmativa quanto todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.		

INSTRUMENTO nº5: Atenção à Saúde**Saúde de crianças****Elementar**

5.1	Existe registro atualizado de crianças até cinco anos.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB possuir, registrado e documentado em papel, a sua população de crianças até cinco anos, discriminadas por faixa etária (ano a ano) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.		

5.3	Todos os membros da ESB estão habilitados para reconhecer e orientar ações em casos de desidratação infantil.	(S) (N)
O padrão refere-se a todos os membros da ESB estarem habilitados para reconhecer os principais sinais indicativos e os sintomas de desidratação infantil e saberem orientar a preparação e administração do soro caseiro ou dos sais de rehidratação oral distribuídos ou adquiridos em farmácias.		

5.4	A ESB desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB estimular e orientar o aleitamento materno, em grupo de gestantes ou a cada uma individualmente quando necessário, com regularidade programada.		

Consolidada

5.11	A ESB acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos.	(S) (N)
O padrão refere-se à equipe possuir registro da população até cinco anos e acompanhá-la, em relação à saúde bucal, no mínimo, quanto ao desenvolvimento da dentição, manutenção da saúde bucal e permanência de hábitos orais nocivos ao estabelecimento normal da oclusão (sucção de dedo e chupeta, por exemplo). Inclui-se aqui o incentivo ao aleitamento materno e orientações aos pais.		

Boa

5.19	O selamento dos quatro primeiros molares é realizado em casos com indicação clínica.	(S) (N)
O padrão refere-se a ação realizada pela ESB na população infantil entre 5 e 7 anos, com indicação clínica.		

Avançada

5.24	Houve redução do índice ceo-d na população de 5 a 6 anos nos últimos 24 meses.	(S) (N)
Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.		

Saúde dos adolescentes

Desenvolvimento

5.25	A ESB possui registro atualizado dos adolescentes da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB possuir, registrado e documentado em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ES, atualizado semestralmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.		

Avançada

5.30	Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses.	(S) (N)
Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.		

Saúde de mulheres e homens adultos

Elementar

5.31	A ESB possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária.	(S) (N)
O padrão refere-se à ES possuir, registrado e documentado em papel, o número de adultos (20 a 59 anos) da área adscrita à ES, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.		

Desenvolvimento

5.56	80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB.	(S) (N)
Considerar para avaliação do indicador-padrão, o percentual de gestantes de baixo risco acompanhadas pela equipe que receberam no mínimo uma avaliação odontológica por trimestre de gestação, nos últimos 12 meses. A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.		

5.60	A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações com finalidade preventiva dirigidas aos portadores de necessidades especiais, como: a sensibilização e capacitação dos cuidadores para a higiene oral, dentre outras.		

Boa

5.63	A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.		

Saúde do idoso**Desenvolvimento**

5.69	A ES possui registro atualizado dos idosos da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à ES possuir, registrado e documentado em papel, o número de idosos (SIAB: acima de 60 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ES, atualizado mensalmente. O ideal é que existam também referências quanto às situações clínicas: presença de doenças, acamados, etc. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.		

Boa

5.71	O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	(S) (N)
O padrão refere-se às ESF e ESB terem como rotina preconizada e realizarem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior.		

5.72	Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária. Considerar, para resposta afirmativa, cobertura de 60% da população considerada, nos últimos 12 meses.		

Avançada

5.74	A ESB desenvolve intervenções junto às famílias dos idosos, capacitando cuidadores domiciliares.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESB realizar intervenções junto as famílias dos idosos em casos indicados, identificando e capacitando pessoas para desenvolverem cuidados familiares apropriados.		

APÊNDICE B

INSTRUMENTO nº1: Desenvolvimento da estratégia Saúde da Família

Implantação e Implementação da Saúde da Família no Município

Elementar

1.1	O Plano Municipal de Saúde define a SF como estratégia para reorganização da Atenção Básica.	(S) (N)
O padrão refere-se à definição clara e textual da SF como modelo para a atenção básica, descrita no Plano Municipal de Saúde. Sendo o Plano, simultaneamente, um instrumento técnico e político esta definição indica priorização política da estratégia.		
1.2	A implantação das ESF prioriza as áreas com condições socioeconômicas e de saúde menos favoráveis e ou de exclusão social.	(S) (N)
As ESF devem ser implantadas priorizando-se as áreas e as populações de maior risco e vulnerabilidade do município, tanto do ponto de vista social, quanto sanitário. Este padrão está relacionado à busca por maior equidade e acessibilidade para o sistema de saúde municipal.		
1.3	Todas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de até 4.500 pessoas.	(S) (N)
O limite máximo de pessoas vinculadas a cada equipe deve ser respeitado considerando que a qualidade das ações prestadas vem a ser comprometida pela sobrecarga de trabalho. A resposta deverá ser afirmativa somente quando todas as equipes municipais estiverem em conformidade com esse limite.		
1.4	A gestão municipal da saúde alimenta os Sistemas de Informação com regularidade e nos prazos estabelecidos.	(S) (N)
Este padrão avalia se a gestão municipal da saúde está mobilizada para o tratamento cuidadoso na alimentação dos sistemas de informação. Sistemas de Informação considerados: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIPNI: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.		
1.5	A gestão municipal da saúde implanta equipes de SB.	(S) (N)
A Saúde Bucal é uma das políticas prioritárias do Ministério da Saúde para a Atenção Básica e sua integração à estratégia SF pode ser realizada de duas maneiras: integrando à equipe o Dentista e o ACD ou o Dentista, o ACD e o THD. Ambas as formas são apoiadas por incentivos financeiros. Considerar para resposta afirmativa qualquer número de equipes SB implantadas, independente da modalidade.		

Desenvolvimento

1.6	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes e o planejamento para a implantação, implementação e consolidação da SF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.1, significando que o Plano Municipal de Saúde apresenta plano estratégico para a reformulação do modelo assistencial por meio da implantação, implementação e consolidação da estratégia SF.		

1.7	A gestão municipal da saúde realiza análise da situação de saúde do município para subsidiar a implantação da SF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.2, significando a realização de estudos com finalidade de avaliar a situação de saúde dos segmentos populacionais no município, diferenciando o seu perfil epidemiológico, os riscos social, ambiental e sanitário das suas regiões. Considerar a resposta afirmativa quando a implantação das ESF estiver fundamentada nestes estudos e análises, sendo definido um número menor de usuários para as equipes responsáveis por áreas mais críticas.		

1.8	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto à população.	(S) (N)
Considerando os princípios de participação popular e controle social, é importante a sensibilização e a divulgação sobre as diretrizes, objetivos e características deste modelo de atenção à saúde para a população em geral e organizações da sociedade civil. Objetiva-se ainda conquistar apoio e legitimidade para a estratégia		

Consolidada

1.9	As diretrizes e o planejamento para implantação, implementação e consolidação da SF estão pactuados e aprovados com o CMS.	(S) (N)
O Conselho Municipal de Saúde é a principal instância de controle social no SUS. A discussão participativa do planejamento e da implementação da estratégia SF deve ser pactuada nesse órgão para garantir a sua sustentabilidade política, social e comunitária. O padrão refere-se à pactuação mais ampla e aprofundada de diretrizes e metas, para além da proposta inicial de adesão junto ao MS.		

1.10	A gestão municipal da saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde para subsidiar a implementação da SF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.7. Significando que a gestão municipal, além de haver realizado a implantação baseando-se em estudos e análises, mantém este trabalho de forma permanente na implementação da estratégia.		

1.11	A Secretaria Municipal de Saúde mantém estratégias de sensibilização e divulgação da SF junto aos profissionais de saúde da rede municipal.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.8. É necessário que a estratégia SF seja compreendida por todos os profissionais de saúde da rede de serviços de forma a garantir melhor integração, acesso e resolubilidade da atenção à saúde no município.		

1.12	A gestão municipal da saúde desenvolve ações de forma articulada a outros setores governamentais.	(S) (N)
------	---	-------------

Considerando a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes e/ou condicionantes da saúde, melhorando a qualidade de vida da população, é importante a construção de ações/ estratégias/projetos que envolvam os vários setores do governo (intersetorialidade).		

1.13	A gestão municipal da saúde desenvolve a estratégia SF implantando a SB na proporção de, no mínimo, uma equipe para cada duas ESF.	(S) (N)
------	--	-------------

Estágio mais elevado com relação ao 1.5. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada duas ESF, existir, no mínimo, uma Equipe de Saúde Bucal, independente da modalidade (Dentista e ACD ou Dentista, THD e ACD).

1.14	A Gestão Municipal monitora abastecimento e falta de insumos nas USF.	(S) (N)
------	---	-------------

O planejamento das compras, a regularidade no abastecimento, a sensibilização dos profissionais para o uso racional e o controle dos estoques visando a eliminação das faltas, são consideradas ações que garantem a consolidação da qualidade do serviço. Considerar para resposta afirmativa a existência de planilhas ou instrumentos para o monitoramento referido.

Boa

1.15	A gestão municipal da saúde apóia e legitima a participação popular e o controle social na SF.	(S) (N)
------	--	-------------

Padrão mais elevado com relação ao 1.9. As lideranças comunitárias, representantes dos movimentos sociais e o próprio CMS participam ativamente do planejamento e implementação da estratégia por meio de conselhos locais de saúde, representação de usuários, associação de moradores, dentre outros.

1.16	A estratégia SF está institucionalizada no município por meio de instrumento jurídico.	(S) (N)
------	--	-------------

A definição da SF como modelo de atenção por meio de lei municipal, decreto ou outros instrumentos legais garante a sua continuidade jurídica e institucional nas transições políticas. Permite ainda a posterior proposição de um plano municipal de cargos e salários para a SF.

1.17	A organização das equipes nas USF equilibra critérios de regionalização, conforto e segurança sanitária para o desenvolvimento das atividades.	(S) (N)
------	--	-------------

Recomenda-se, para municípios até 100.000 hab, que as USF abriguem até, no máximo, três equipes e para municípios acima deste porte, até, no máximo, cinco equipes. A existência de responsabilidade técnica (médico e enfermeiro) está prevista em norma legal. Esta orientação busca garantir qualidade, respeitando-se critérios de regionalização, acesso, otimização dos espaços da USF, conforto e segurança sanitária para que as equipes desenvolvam adequadamente o seu trabalho. Considerar a resposta afirmativa quando todas as USF avaliadas estiverem em conformidade com estes parâmetros.

Avançada

	O gestor municipal da saúde possui convênios e/ou parcerias	
--	---	--

1.18	formalizadas com organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais.	(S) (N)
A intersetorialidade em sua definição mais abrangente envolve ações articuladas entre o gestor do setor público e os trabalhos já desenvolvidos por entidades da sociedade civil a fim de ampliar e potencializar iniciativas e intervenções que favoreçam a melhoria da qualidade de vida (alfabetização, geração de renda, conscientização quando ao destino de resíduos, qualificação de cuidadores informais, etc.).		
1.19	A Gestão Municipal desenvolve a estratégia SF implantando a Saúde Bucal na proporção de uma equipe para cada ESF.	(S) (N)
Estágio mais elevado com relação ao 1.13. Considerar como resposta afirmativa quando, para cada ESF, existir uma Equipe de Saúde Bucal, independente da modalidade (Dentista e ACD ou Dentista, THD e ACD).		

Integração da Rede de Serviços

Elementar

1.20	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município.	(S) (N)
Compreende-se por reorganização da rede municipal ações como ampliação da oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e leitos para internações. Outras ações incluem a transformação ou construção de unidades para servirem de apoio e referências às USF. A resposta deverá ser afirmativa quando alguma dessas ações estiver contemplada.		

Desenvolvimento

1.21	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de referência baseando-se em estudos da demanda verificada e/ou estimada nas ESF.	(S) (N)
Estágio mais elevado em relação ao 1.7, significando que são realizados estudos e análises da demanda da SF por serviços para subsidiar reorganização da rede municipal. O padrão não se refere ao efetivo atendimento desta demanda.		
1.22	Há programação da oferta de exames complementares básicos para as ESF.	(S) (N)
O padrão considera como exames básicos: hemograma completo, tipagem sanguínea, uréia, creatinina, glicemia, rotina de urina, urocultura, sorologia para a imunodeficiência humana (HIV), sorologia para sífilis, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, citopatologia de colo de útero, teste imunológico para gravidez, exame parasitológico de fezes. Considerar ainda: eletrocardiograma, RX de tórax, Ultrasonografia para os casos indicados. Considerar que existe oferta programada em relação à demanda das ESF para todos os exames listados.		

Consolidada

1.28	Os procedimentos de marcação de exames, procedimentos e internações são realizados por meio de central de marcação.	(S) (N)
------	---	-------------

A existência de central de marcação de consultas e internações representa um importante passo no controle, regulação e integração da rede de serviços. Para municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada.		

Boa

1.29	O gestor municipal da saúde monitora os exames especializados solicitados pelas ESF não atendidos pela referência.	(S) (N)
O padrão refere-se ao monitoramento dos exames especializados não atendidos, segundo sua relevância e pertinência, com o objetivo de aprimorar a oferta.		

1.34	A gestão municipal desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita da SF referência para as especialidades odontológicas.	(S) (N)
O padrão refere-se à oferta de serviço odontológico especializado, no mínimo, em endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, e diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal. O modelo atual, para serviço de referência em SB, é o Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. A implantação destas unidades é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal.		

Avançado

1.35	A rede de serviços de saúde assegura à população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária.	(S) (N)
Este serviço inclui unidades próprias, de outros municípios ou serviços contratados. A implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD é uma ação prevista na Política Nacional de Saúde Bucal.		

1.36	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias de integração entre o serviço de Saúde Mental e as ESF.	(S) (N)
A gestão municipal promove a integração da Saúde Mental (SM) à estratégia SF por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência. O modelo atual de atenção para a SM é a constituição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Centro de Atenção Psico-Social - CAPS, Serviço Residencial Terapêutico - SRT, Programa de Volta para Casa, leitos em hospitais gerais e ações na Atenção Básica).		

1.37	A gestão municipal da saúde monitora a utilização de serviços de urgência, emergência e pronto-atendimento da rede pública pela população coberta pela SF.	(S) (N)
Este padrão permite avaliar a resolubilidade, a satisfação dos usuários e a efetividade do trabalho da SF. Refere-se ao monitoramento da utilização dos serviços de urgência, emergência e pronto-atendimentos como porta de entrada no SUS.		

1.38	O apoio de outros profissionais da rede às equipes SF se dá de maneira sistemática, a partir de um modelo estabelecido.	(S) (N)
------	---	-------------

O padrão refere-se à organização do apoio de profissionais tais como pediatra, ginecologista, clínicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e de Serviços tais como vigilância sanitária e epidemiológica de maneira integrada à SF, exercendo ações tanto de atenção à saúde de indivíduos ou de grupos como ações de educação continuada e apoio técnico. Esta organização tem recebida, frequentemente, a denominação de "apoio matricial". A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, 50% do total de equipes estiverem cobertas por esta iniciativa.

Gestão do Trabalho

Desenvolvimento

1.39	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF.	(S) (N)
A gestão municipal possui plano de trabalho prevendo a regularização dos direitos trabalhistas para todos profissionais da SF de acordo com instrumentos legais.		
1.40	Os critérios da SMS para seleção e contratação de profissionais da SF estão descritos em documento oficial.	(S) (N)
Existem regras e critérios técnicos que permitem selecionar profissionais com o melhor perfil e competência para o trabalho da SF. Normas legais tais como a exigência da inscrição nos conselhos de classes são respeitadas. A resposta deve ser afirmativa no caso desses critérios abranjerem os níveis elementar, médio e superior.		

Consolidada

1.41	Os critérios para a seleção dos profissionais de nível superior da SF valorizam a Residência ou Pós-graduação em Saúde da Família.	(S) (N)
As regras e critérios para seleção de profissionais de nível superior privilegiam a formação pós-graduada específica na área (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família).		

Boa

1.42	O ingresso dos profissionais de nível superior da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público.	(S) (N)
O concurso público é a principal forma de incorporação dos profissionais da SF. Para resposta afirmativa considerar que 80% ou mais dos profissionais de nível superior da SF tenham cargo permanente ou emprego público.		
1.43	O ingresso dos profissionais de nível médio da SF é realizado por meio de concurso público para o provimento de cargo permanente ou emprego público.	(S) (N)
O concurso público é a principal forma de incorporação dos profissionais da SF. Para resposta		

afirmativa considerar que 80% ou mais dos profissionais de nível médio da SF tenham cargo permanente ou emprego público.
--

Avançada

1.44	Os profissionais de nível superior da SF estão trabalhando no município há mais de dois anos.	(S) (N)
------	---	-------------

A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.
--

1.45	Os ACS estão trabalhando no município há mais de dois anos.	(S) (N)
------	---	-------------

A estabilidade dos profissionais na estratégia SF amplia as possibilidades de continuidade, do vínculo e da responsabilização. Para resposta afirmativa considerar 80% ou mais dos profissionais nesta situação.
--

1.46	A gestão municipal possui programa de incentivos às ESF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados.	(S) (N)
------	--	-------------

As iniciativas exitosas de profissionais, equipes ou unidades são reconhecidas e premiadas anualmente pela coordenação a partir de critérios definidos e pactuados.

1.47	A gestão municipal da saúde possui planos de carreiras, cargos e salários institucionalizado, contemplando a SF.	(S) (N)
------	--	-------------

Existem mecanismos legais, instituídos pelo poder público municipal, para a carreira profissional e previsão de progressão funcional dos trabalhadores da saúde, contemplando os profissionais da SF. Somente quando os três níveis (superior, médio e elementar) estiverem contemplados, a resposta ao padrão deverá ser afirmativa.

1.48	80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área.	(S) (N)
------	--	-------------

Considerar profissionais de nível superior das equipes de SF: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Considerar como formação específica na área: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva. O padrão aponta os esforços desenvolvidos pela gestão para qualificação de seus profissionais.

Fortalecimento da Coordenação

Elementar

1.49	A SMS possui uma coordenação específica para a AB/SF.	(S) (N)
------	---	-------------

A gestão municipal designa um profissional ou equipe para realizar o trabalho de coordenação e acompanhamento da AB e ou estratégia SF no município. O padrão considera dedicação exclusiva

a esta atividade, não estando o (s) profissional (is) envolvido (s) na assistência.

Desenvolvimento

1.50	A coordenação da AB/SF está formalmente inserida na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.	(S) (N)
O padrão refere-se ao cargo de coordenação da SF estar formalizado por lei, portaria ou ato interno. Considerar para resposta afirmativa também quando o setor de AB e/ou SF estiver representado no organograma da SMS. Estes aspectos apontam para a legitimação institucional da coordenação.		

Consolidada

1.51	A gestão municipal da saúde envolve a coordenação da AB/ SF no processo de pactuação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica.	(S) (N)
Considerando a relevância e o impacto desta ação, a coordenação da AB/SF deve participar efetivamente da pactuação, sem delegação ou transferência de responsabilidade.		

Boa

1.52	A gestão municipal viabiliza a participação da coordenação da AB/SF em congressos e encontros da área.	(S) (N)
O padrão refere-se à gestão municipal incentivar e viabilizar a participação de membros da coordenação da AB/SF , no mínimo anualmente, em eventos técnicos e científicos ligados ao trabalho da SF, tais como: amostras, encontros, congressos de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família.		

1.53	O(s) técnico(s) responsável(is) pela coordenação da AB/SF possui(m) formação específica na área.	(S) (N)
O padrão refere-se ao universo de técnicos de nível superior envolvidos com a coordenação da AB/SF nos diferentes pontos do sistema (central, regionais, distritos e USF) possuir pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Administração e Gestão. Para resposta positiva considerar 50% ou mais dos profissionais nesta situação.		

1.54	A coordenação da AB/SF é composta por uma equipe multiprofissional para o trabalho de apoio, supervisão e acompanhamento técnico das ESF.	(S) (N)
Este padrão refere-se à existência de grupo composto por profissionais diversos das áreas da saúde, incluindo-se profissionais de vigilância em saúde, responsável pelo trabalho de supervisão técnica às ESF.		

1.55	Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 8 equipes SF.	(S) (N)
Em municípios de maior porte o acompanhamento às equipes necessita ser descentralizado,		

garantindo apoio técnico e gerencial mais próximo para grupos de até 8 equipes. As ações de coordenação podem ser realizadas por um técnico da USF, dos distritos ou compartilhado por um grupo de coordenação regional.

1.56	A SMS possui profissional na coordenação de AB/SF responsável pela área de SB.	(S) (N)
A coordenação deve, idealmente, ser integrada por profissionais de nível superior da SB buscando garantir a especificidade e relevância das ações.		

Avançada

1.57	A gestão municipal da saúde e/ou a coordenação estabelecem ou utilizam mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários da SF.	(S) (N)
O padrão refere-se à gestão municipal da saúde ou a coordenação estabelecerem ou utilizarem métodos e instrumentos para monitorar o grau de satisfação dos usuários. Considerar para resposta afirmativa quando esta ação for realizada de maneira sistemática, para todas as USF (ou amostragem para o município), a cada dois anos (ou menos).		

1.58	As áreas técnicas trabalham de maneira integrada com a coordenação da AB/SF.	(S) (N)
Os profissionais das áreas técnicas, tais como: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental trabalham em conjunto com a coordenação da AB/SF no desenvolvimento de materiais técnicos, políticas e ações de acompanhamento e supervisão às ESF.		

1.59	A coordenação AB/SF apoia e promove a formação de Conselhos Locais de Saúde nas unidades básicas.	(S) (N)
Os Conselhos Locais de Saúde ou Conselhos de Unidade (USF ou Unidade Básica de Saúde), quando atuantes e bem constituídos, formam uma rede sólida para o desenvolvimento ascendente das decisões em relação à saúde municipal. É papel precípua do gestor fomentar, apoiar e garantir a sua formação em todas as unidades de saúde.		

1.60	A gestão municipal de saúde desenvolve em conjunto com a coordenação AB/SF e demais áreas técnicas da SMS política de Humanização para a rede municipal, contemplando a SF.	(S) (N)
Para que as equipes possam desenvolver ações efetivas e sistemáticas de Humanização, Acolhimento e Responsabilização, é fundamental que as diretrizes e os mecanismos de implementação estejam estabelecidos a partir da SMS na forma de uma política para a rede municipal.		

APÊNDICE C

INSTRUMENTO nº2: Coordenação técnica das equipes

Planejamento e Integração

Elementar

2.1	A coordenação da AB/SF possui cronograma de visitas às USF e reuniões com as ESF.	(S) (N)
O cronograma é um instrumento básico na organização do trabalho da coordenação em que o acompanhamento sistemático e regular das ESF é planejado.		

Desenvolvimento

2.2	A coordenação da AB/SF possui plano de trabalho orientando as atividades a serem desenvolvidas.	(S) (N)
O padrão refere-se a um plano de trabalho estabelecendo as competências da coordenação, ações a serem desenvolvidas, prioridades, metas, prazos e responsáveis. Considerar para resposta afirmativa existência de documento redigido e atualizado bienalmente.		

2.3	A coordenação da AB/SF registra o acompanhamento da situação da SF no município: nº de equipes, cobertura, profissionais e resultados.	(S) (N)
O trabalho das ESF é monitorado quanto à sua cobertura, produção, alcance de metas e indicadores contidos no SIAB. Este deve ser atualizado no mínimo trimestralmente.		

Consolidada

2.4	A coordenação da AB/SF participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.	(S) (N)
O padrão considera a participação dos integrantes da Coordenação no maior número possível de reuniões do Conselho, preferencialmente, em 50% delas. Nos municípios de grande porte considera-se para resposta afirmativa a participação em Conselhos Distritais ou Locais.		

2.5	A coordenação da AB/SF reúne-se com setores públicos e sociais do município.	(S) (N)
O padrão aponta para o desenvolvimento da intersetorialidade e fortalecimento da SF. Considerar reuniões com os setores governamentais relacionados à saúde, educação, assistência social, meio ambiente e saneamento, assim como, organizações e movimentos sociais locais. As reuniões devem envolver planejamento, execução e/ou avaliação conjunta de ações. A resposta deverá ser afirmativa quando as reuniões com um ou mais dos referidos setores acontecerem trimestralmente.		

2.6	A coordenação da AB/SF possui e disponibiliza para as ESF registro atualizado dos recursos sociais do município.	(S) (N)
-----	--	-------------

O padrão refere-se ao levantamento, sistematização e divulgação para as ESF dos principais serviços de assistência social, de utilidade pública, de atendimento ao cidadão, de direito ao consumidor e ONG do município.

Boa

2.7	As experiências municipais com a SF são apresentadas em congressos e encontros da área.	(S) (N)
O padrão considera, para resposta afirmativa, uma ou mais apresentações ao ano. Em municípios acima de 500.000 habitantes, deverá considerar-se uma apresentação anual por região/distrito de saúde.		

Avançada

2.8	A coordenação da AB/SF desenvolve iniciativas de integração e parceria com instituições acadêmicas, possibilitando a realização de produção científica no campo da Atenção Básica.	(S) (N)
O padrão aponta para corpo técnico com capacidade de formulação, reflexão e interação com instituições acadêmicas, promovendo a troca de conhecimentos/práticas e possibilitando a produção de conhecimento no campo.		

Acompanhamento das equipes

Elementar

2.9	A coordenação da AB/SF reúne-se mensalmente com as ESF.	(S) (N)
Estágio mais elevado com relação ao 2.1, havendo garantia de reuniões mensais dos membros da Equipe com a coordenação, com pauta e agenda.		

Desenvolvimento

2.10	A coordenação da AB/SF garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe.	(S) (N)
Entende-se como a dedicação de 4 horas semanais para reunião de equipe com o objetivo de planejamento, avaliação, integração e troca de conhecimentos. A coordenação está sensibilizada para a importância desta atividade e dá respaldo frente à população e gestão municipal.		
2.11	A coordenação da AB/SF utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da SF.	(S) (N)
Significa que a coordenação desenvolve ou utiliza instrumentos, tais como: planilhas, gráficos e indicadores para acompanhar o desempenho das ESF, possibilitando algumas análises comparativas e temporais, dentre outras.		

2.12	A coordenação da AB/SF desenvolve estratégias para administrar conflitos entre os profissionais da SF.	(S) (N)
Significa que os eventuais conflitos e problemas de relacionamento no trabalho constituem um foco de atenção da coordenação, que procura abordá-los de maneira propositiva, possibilitando a abertura de canais de comunicação e melhoria do ambiente de trabalho das ESF.		

2.13	A coordenação da AB/SF avalia o nível de satisfação dos profissionais com o trabalho e leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações.	(S) (N)
A coordenação realiza um processo formal de avaliação do grau de satisfação dos profissionais, dedicando atenção especial à gestão participativa e ascendente, possibilitando que as opiniões dos membros das ESF sejam assimiladas no dia a dia do trabalho.		

Boa

2.14	A coordenação da AB/SF desenvolve com as equipes estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população.	(S) (N)
Os problemas enfrentados pelas ESF são acompanhados pela coordenação, que se faz presente na tomada de medidas para a sua solução, especialmente aqueles que prejudicam a qualidade da atenção aos clientes.		

Avançada

2.15	A coordenação da AB/SF desenvolve, em conjunto com as equipes, instrumentos para organização e monitoramento das ações e práticas das ESF.	(S) (N)
Estágio mais avançado com relação ao 2.11. Significa que as avaliações dos trabalhos na SF são realizadas de maneira participativa, possibilitando o compartilhamento das decisões gerenciais e a troca na construção ou proposição dos instrumentos utilizados para o monitoramento.		

Gestão da educação permanente

Desenvolvimento

2.16	A coordenação AB/SF viabiliza cursos preparatórios para os trabalhadores da SF.	(S) (N)
A coordenação prepara e executa (ou articula-se com outras instâncias para executar) cursos ou encontros para discutir os princípios, diretrizes e a dinâmica de trabalho da SF com os trabalhadores da estratégia.		

2.17	A coordenação da AB/SF participa regularmente de fóruns ou encontros para o desenvolvimento da Educação Permanente.	(S) (N)
O padrão refere-se à participação direta de membros da coordenação nas atividades locais e ou regionais relacionadas ao desenvolvimento das ações de educação permanente. Considerar a regularidade máxima possível, de acordo com o cronograma de encontros proposto.		

Consolidada

2.18	A coordenação da AB/SF decide em conjunto com as ESF os temas e atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente.	(S) (N)
Existe participação ativa dos profissionais na proposição dos temas considerados prioritários ou necessários em relação à educação permanente.		

Boa

2.19	É oferecida formação teórica e prática nas áreas básicas para aqueles profissionais da SF de nível superior que necessitem.	(S) (N)
A coordenação organiza formação teórica e prática nas áreas básicas de saúde (criança, da mulher, hipertensão e diabetes, bucal, mental, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, etc) para médicos, enfermeiros e dentistas que solicitem ou demonstrem lacunas em sua formação para o tema.		

2.20	As áreas técnicas e a SF desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente.	(S) (N)
O padrão avalia a participação efetiva e sistemática das áreas técnicas da SMS nas ações de educação permanente desenvolvidas pela coordenação AB/SF, apoiando e viabilizando atividades como as descritas no padrão 2.19.		

Avançada

2.21	A coordenação da AB/SF viabiliza a realização de especialização na área para os profissionais da ESF.	(S) (N)
Estágio mais avançado com relação ao 2.19 . Há garantia de especialização para os profissionais das ESF, obedecendo critérios técnicos para a prioridade de formação como tempo de serviço, interesse, merecimento etc.		

Gestão da avaliação**Elementar**

2.22	A coordenação avalia a produção das ESF mensalmente.	(S) (N)
Embora a SF desenvolva ações de maneira diferenciada da lógica por procedimentos, baseadas na população e no território, a avaliação da produção da equipe é a ação mais elementar de acompanhamento dos resultados das ações desenvolvidas.		

Desenvolvimento

	A coordenação da AB/SF utiliza as informações do SIAB como	
--	--	--

2.23	instrumento de gestão: avaliação, planejamento e monitoramento.	(S) (N)
A análise do SIAB serve como ferramenta para a tomada de decisões e efetivamente é utilizada para o aprimoramento das ações, de maneira sistemática e regular, pela coordenação.		

2.24	A coordenação da AB/SF analisa mensalmente os relatórios do SIAB em conjunto com as ESF.	(S) (N)
A análise do SIAB e sua utilização como instrumento de planejamento e gestão é realizada com a participação.		

Consolidada

2.25	A coordenação da AB/SF analisa os dados e relatórios dos sistemas de informação do SUS/ ou em saúde.	(S) (N)
São realizadas análises da situação de saúde e do desempenho da SF/AB semestralmente utilizando-se dados disponíveis nos Sistemas de Informação: SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade, SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIPNI: Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Imunização; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.		

2.26	A coordenação da AB/SF elege critérios e indicadores para avaliar com as equipes o impacto nas condições de saúde da população.	(S) (N)
Há um envolvimento das equipes na análise do impacto das ações, utilizando-se da elaboração de indicadores diferentes ou mais específicos que aqueles presentes no SIAB. A resposta será afirmativa caso este processo seja feito no mínimo anualmente.		

2.27	A coordenação analisa a demanda por exames e encaminhamentos da SF observando se há adequação com a necessidade estimada.	(S) (N)
Trata-se da existência de um mecanismo gerencial para avaliar se o quantitativo de exames e encaminhamentos solicitados pela ESF não supera nem está aquém do perfil da clientela segundo necessidades definidas tecnicamente..		

Boa

2.28	A coordenação da AB/SF debate os resultados e planeja as metas da SF com as equipes.	(S) (N)
O planejamento da AB/SF é precedido por uma avaliação com o conjunto de profissionais da SF, assim como, a pactuação de metas de desempenho e cobertura, dentre outras. Este processo deve ser realizado, no mínimo, semestralmente.		

2.29	A coordenação da AB/SF reúne-se com as demais áreas da SMS para debater os resultados alcançados na AB.	(S) (N)
------	---	-------------

Os resultados do trabalho das equipes é apresentado e debatido com os demais setores da Saúde Municipal, avaliando-se o impacto das ações e o perfil de saúde. O padrão difere-se do 2.5 onde o foco é o desenvolvimento da intersectorialidade, legitimação e apoio. Considerar, para resposta afirmativa, existirem reuniões formais para este objetivo (avaliação/resultados), no mínimo, semestralmente.

Avançada

2.30	A coordenação da AB/SF avalia as metas estabelecidas para o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com as ESF.	(S) (N)
------	--	-------------

A coordenação debate com as equipes as metas propostas para o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e monitora o alcance das mesmas, no mínimo, semestralmente.

2.31	São conduzidos levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal no município.	(S) (N)
------	---	-------------

O padrão considera a periodicidade mínima de quatro anos para realização deste tipo de estudo epidemiológico.

Normatização

Elementar

2.32	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF documento com os princípios e diretrizes da estratégia SF.	(S) (N)
------	--	-------------

A coordenação tem documento escrito com os princípios e diretrizes da SF, próprio ou de outra instância de gestão (estadual ou federal), e este documento está disponível e acessível a todos os profissionais das USF.

2.33	A coordenação da AB/SF utiliza norma escrita referente à instalação física e equipamentos.	(S) (N)
------	--	-------------

Refere-se a utilização de documentos técnicos atualizados, regulamentações de vigilância sanitária (elaborados pelas instâncias federal, estadual ou municipal) referentes à normatização para áreas físicas e equipamentos das USF.

Desenvolvimento

2.34	A coordenação AB/SF disponibiliza para todas as ESF informações atualizadas do sistema de referência e contra-referência municipal.	(S) (N)
------	---	-------------

Existem informações em todas as USF, tais como: documentos, instruções, fluxogramas, lista de serviços, critérios de encaminhamento ou condutas padronizadas, por escrito, atualizadas no mínimo semestralmente, sobre o sistema de referência e contra-referência municipal.

2.35	A coordenação da AB/SF disponibiliza manual de medicamentos da farmácia básica.	(S) (N)
------	---	-------------

Existe manual, elaborado pela própria SMS ou proveniente de outra instância de gestão (estadual ou federal), sobre os medicamentos utilizados na farmácia básica. Considerar, para resposta afirmativa, que todas as equipes são contempladas com o material.		

Consolidada

2.36	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as situações freqüentes na Atenção Básica.	(S) (N)
Livros texto, manuais, informes técnicos ou rotinas escritas sobre situações de risco sanitário, de adoecimento ou acompanhamento freqüentes em AB são fornecidas pela coordenação para a consulta dos profissionais da SF. Este material não se refere a folhetos e material informativo destinado aos usuários.		

2.37	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as equipes material técnico-científico de apoio sobre as doenças infecciosas e parasitárias de maior prevalência no país.	(S) (N)
Existem livros texto, manuais, informes técnicos ou rotinas escritas fornecidas pela coordenação para a consulta dos profissionais das USF. Folhetos e material informativo destinado aos usuários não estão sob consideração.		

Boa

2.38	A coordenação da AB/SF possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da SF.	(S) (N)
Refere-se à existência, nas unidades, de documento ou instrutivo, elaborado pela própria SMS ou procedente de outra esfera, estabelecendo a atuação de cada categoria profissional da SF em termos de ações, condutas, procedimentos e atividades (ACD, ACS, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e THD).		

2.39	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência.	(S) (N)
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência.		

Avançada

2.40	A coordenação da AB/SF disponibiliza para as ESF/SB protocolos e informações técnicas sobre abordagem das situações de urgência em Saúde Mental.	(S) (N)
Existem manuais, rotinas, documentos e protocolos, próprios ou não, que orientam e normatizam do ponto de vista técnico o atendimento de urgência em Saúde Mental, especificamente.		

APÊNDICE D

Prezado(a) profissional

Convido-o a participar do estudo “Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes”, que tem como finalidade avaliar o nível de qualidade da atenção à saúde bucal prestada no Programa Saúde da Família do Recife.

Para tanto, contamos com sua colaboração para o preenchimento do questionário anexo, contendo padrões de qualidade. As respostas dos padrões são categóricas (SIM ou NÃO), obedecendo aos critérios estabelecidos nos comentários contidos abaixo de cada padrão.

As respostas deverão ser consolidadas no cartão-resposta, que possui espaços para a marcação numerados conforme o número de cada padrão.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Pública que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ).

Acompanha o material, ora disponibilizado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (duas vias), os quais devem ser assinados, sendo uma via do participante, e a outra do pesquisador.

Sua colaboração é muito importante. Sem ela, não será possível realizar o estudo e, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à qualidade da saúde bucal na estratégia Saúde da Família.

Certo de tua colaboração,

Agradeço antecipadamente pela gentileza e atenção.

Paulo Roberto Alves da Silva
Mestrando em Saúde Pública CPqAM/FIOCRUZ

NORMATIZAÇÃO									
PADRÃO	2.32	2.33	2.34	2.35	2.36	2.37	2.38	2.39	2.40
ESTÁGIO	E	E	D	D	C	C	B	B	A
SIM									
NÃO									

APÊNDICE G

Cartão resposta
(INSTRUMENTO nº3: Unidade Saúde da Família)

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA _____

PROMOÇÃO DA SAÚDE									
PADRÃO	4.34	4.35	4.36	4.38	4.39	4.43	4.45	4.47	4.48
ESTÁGIO	E	D	D	D	D	D	D	D	B
SIM									
NÃO									

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL				
PADRÃO	4.55	4.56	4.57	4.58
ESTÁGIO	D	C	B	A
SIM				
NÃO				

VIGILÂNCIA À SAÚDE: AÇÕES GERAIS DA ESF					
PADRÃO	4.62	4.64	4.67	4.68	4.69
ESTÁGIO	E	D	B	B	A
SIM					
NÃO					

(INSTRUMENTO nº5: Atenção à Saúde)

SAÚDE DE CRIANÇAS						
PADRÃO	5.1	5.3	5.4	5.11	5.19	5.24
ESTÁGIO	E	E	E	C	B	A
SIM						
NÃO						

SAÚDE DOS ADOLESCENTES		
PADRÃO	5.25	5.30
ESTÁGIO	D	A
SIM		
NÃO		

SAÚDE DE MULHERES E HOMENS ADULTOS				
PADRÃO	5.31	5.56	5.60	5.63
ESTÁGIO	E	D	D	B
SIM				
NÃO				

SAÚDE DO IDOSO				
PADRÃO	5.69	5.71	5.72	5.74
ESTÁGIO	D	B	B	A
SIM				
NÃO				

APÊNDICE H

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Há quanto tempo ocupa ou ocupou o respectivo cargo?
2. Qual a sua formação, incluindo pós-graduações e quanto tempo de formado (a)?
3. Comente sobre a expansão do PSF e da Saúde Bucal na Cidade do Recife, principalmente no período entre 2001-2004. Enfocar:
 - A equidade: quais os distritos mais e menos favorecidos?
 - Qualidade: comentar a qualidade da atenção à saúde bucal no PSF, enfocando a estrutura que é oferecida às unidades, os processos realizados e os resultados alcançados.
 - Racionalidades de implantação das equipes: política (eleitoral e de grupos de interesse – associação de moradores e lideranças comunitárias); técnico-gerencial; controle social (conselhos municipal e distrital de saúde, orçamento participativo) e problemas de saúde (dados epidemiológicos e sócio-ambientais).
4. Fale um pouco sobre o modelo de gestão da Secretaria de Saúde.
5. Comente sobre a Política Municipal de Saúde Bucal.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

O(a) Sr.(a) **Secretário(a) de Saúde (Gestor(a) Municipal)** está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família entre os Distritos Sanitários do Recife e a influência do contexto no estabelecimento destes padrões.

Tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista, contendo questões relativas à qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do município e os aspectos contextuais relevantes na consolidação desses padrões de qualidade. Além disso, responder a questionário contendo padrões de qualidade do AMQ.

A entrevista é individual e gravada, utilizando um aparelho MP3 Player. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Os resultados do estudo serão divulgados em dissertação de mestrado, congressos, publicações científicas ou outras formas de publicações.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica do participante, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais.

O participante poderá ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista ou ao questionário.

A participação é voluntária e pode deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao participante.

Este estudo contribuirá com informações sobre a heterogeneidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife, podendo subsidiar tomada de decisão no intuito da prestação de uma assistência mais equânime entre os distritos.

Qualquer esclarecimento ou o acesso aos resultados da pesquisa poderá ser realizado através do contato com **Paulo Roberto Alves da Silva**, autor da pesquisa, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012611 ou celular: 9974-8378, ou ainda pelo e-mail: proberto@cpqam.fiocruz.br*

Eu, _____ estou formalizando minha participação através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Pesquisador: _____

Participante: _____

Recife, _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

O(a) Sr.(a) **Ex-gestor (a)** está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família entre os Distritos Sanitários do Recife e a influência do contexto no estabelecimento destes padrões.

Tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista, contendo questões relativas à qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do município e os aspectos contextuais relevantes na consolidação desses padrões de qualidade.

A entrevista é individual e gravada, utilizando um aparelho MP3 Player. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Os resultados do estudo serão divulgados em dissertação de mestrado, congressos, publicações científicas ou outras formas de publicações.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica do participante, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais.

O participante poderá ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista.

A participação é voluntária e pode deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao participante.

Este estudo contribuirá com informações sobre a heterogeneidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife, podendo subsidiar tomada de decisão no intuito da prestação de uma assistência mais equânime entre os distritos.

Qualquer esclarecimento ou o acesso aos resultados da pesquisa poderá ser realizado através do contato com **Paulo Roberto Alves da Silva**, autor da pesquisa, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012611 ou celular:9974-8378, ou ainda pelo e-mail: proberto@cpqam.fiocruz.br*

Eu, _____ estou formalizando minha participação através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Pesquisador: _____

Participante: _____

Recife, _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

O(a) Sr.(a) **Coordenador(a) de Saúde Bucal (Gestor(a) Municipal de Saúde Bucal)** está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família entre os Distritos Sanitários do Recife e a influência do contexto no estabelecimento destes padrões.

Tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista, contendo questões relativas à qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do município e os aspectos contextuais relevantes na consolidação desses padrões de qualidade. Além disso, responder a questionário contendo padrões de qualidade do AMQ.

A entrevista é individual e gravada, utilizando um aparelho MP3 Player. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Os resultados do estudo serão divulgados em dissertação de mestrado, congressos, publicações científicas ou outras formas de publicações.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica do participante, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais.

O participante poderá ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista ou ao questionário.

A participação é voluntária e pode deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao participante.

Este estudo contribuirá com informações sobre a heterogeneidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife, podendo subsidiar tomada de decisão no intuito da prestação de uma assistência mais equânime entre os distritos.

Qualquer esclarecimento ou o acesso aos resultados da pesquisa poderá ser realizado através do contato com **Paulo Roberto Alves da Silva**, autor da pesquisa, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012611 ou celular:9974-8378, ou ainda pelo e-mail: proberto@cpqam.fiocruz.br*

Eu, _____ estou formalizando minha participação através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Pesquisador: _____

Participante: _____

Recife, _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

O(a) Sr.(a) **Diretor(a) de Distrito Sanitário (Gestor Distrital)** está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família entre os Distritos Sanitários do Recife e a influência do contexto no estabelecimento destes padrões.

Tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista, contendo questões relativas à qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do município e os aspectos contextuais relevantes na consolidação desses padrões de qualidade.

A entrevista é individual e gravada, utilizando um aparelho MP3 Player. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Os resultados do estudo serão divulgados em dissertação de mestrado, congressos, publicações científicas ou outras formas de publicações.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica do participante, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais.

O participante poderá ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista.

A participação é voluntária e pode deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao participante.

Este estudo contribuirá com informações sobre a heterogeneidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife, podendo subsidiar tomada de decisão no intuito da prestação de uma assistência mais equânime entre os distritos.

Qualquer esclarecimento ou o acesso aos resultados da pesquisa poderá ser realizado através do contato com **Paulo Roberto Alves da Silva**, autor da pesquisa, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012611 ou celular:9974-8378, ou ainda pelo e-mail:*
proberto@cpqam.fiocruz.br

Eu, _____ estou formalizando minha participação através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Pesquisador: _____

Participante: _____

Recife, _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

O(a) Sr.(a) **Coordenador(a) Distrital de Saúde Bucal (Gestor(a) Distrital de Saúde Bucal)** está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família entre os Distritos Sanitários do Recife e a influência do contexto no estabelecimento destes padrões.

Tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista, contendo questões relativas à qualidade da atenção à saúde bucal no PSF do município e os aspectos contextuais relevantes na consolidação desses padrões de qualidade.

A entrevista é individual e gravada, utilizando um aparelho MP3 Player. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Os resultados do estudo serão divulgados em dissertação de mestrado, congressos, publicações científicas ou outras formas de publicações.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica do participante, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais.

O participante poderá ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista.

A participação é voluntária e pode deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao participante.

Este estudo contribuirá com informações sobre a heterogeneidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife, podendo subsidiar tomada de decisão no intuito da prestação de uma assistência mais equânime entre os distritos.

Qualquer esclarecimento ou o acesso aos resultados da pesquisa poderá ser realizado através do contato com **Paulo Roberto Alves da Silva**, autor da pesquisa, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012611 ou celular: 9974-8378, ou ainda pelo e-mail:*
proberto@cpqam.fiocruz.br

Eu, _____ estou formalizando minha participação através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Pesquisador: _____

Participante: _____

Recife, _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ).

O(a) Sr.(a) **Cirurgião-dentista do PSF** está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade avaliar a qualidade da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família entre os Distritos Sanitários do Recife e a influência do contexto no estabelecimento destes padrões.

Tal participação consistirá em responder, sem qualquer identificação, a questionário contendo padrões de qualidade do AMQ.

O questionário será aplicado individualmente. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Os resultados do estudo serão divulgados em dissertação de mestrado, congressos, publicações científicas ou outras formas de publicações.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física ou psíquica do participante, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões acerca do tema com outros atores sociais.

A participação é voluntária e pode deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao participante.

Este estudo contribuirá com informações sobre a heterogeneidade da atenção à saúde bucal no PSF do Recife, podendo subsidiar tomada de decisão no intuito da prestação de uma assistência mais equânime entre os distritos.

Qualquer esclarecimento ou o acesso aos resultados da pesquisa poderá ser realizado através do contato com **Paulo Roberto Alves da Silva**, autor da pesquisa, pelo endereço *Av. Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco, caixa postal nº 7472, Recife, Pernambuco, cep: 50670-420, tel: (81) 21012611 ou celular:9974-8378, ou ainda pelo e-mail: proberto@cpqam.fiocruz.br*

Eu, _____ estou formalizando minha participação através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Pesquisador: _____

Participante: _____

Recife, _____ de _____ de 2007.