

GLAYSON DA SILVA BARBOSA

***AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS
GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES
ATUAÇÃO INTERSETORIAL,
INFRAESTRUTURA, RECURSOS HUMANOS E
PARTICIPAÇÃO POPULAR***

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2018**

Glayson da Silva Barbosa

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS
GERAIS: *UMA AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES
ATUAÇÃO INTERSETORIAL,
INFRAESTRUTURA, RECURSOS HUMANOS E
PARTICIPAÇÃO POPULAR***

Dissertação apresentada ao colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia- área de concentração em Saúde Pública.

Orientadora: **Profa.** Dra. Raquel Conceição Ferreira

Coorientador: **Prof.** Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

BELO HORIZONTE
2018

Ficha Catalográfica

B238q
2018
T

Barbosa, Glayson da Silva.

Avaliação da qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal na atenção básica: uma avaliação das dimensões atuação intersetorial, infraestrutura, recursos humanos e participação popular / Glayson da Silva Barbosa. -- 2018.

165 f. : il.

Orientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Coorientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Pesquisa sobre serviços de saúde . 2. Serviços de saúde bucal. 3. Atenção primária à saúde. 4. Administração de serviços de saúde. 5. Avaliação em saúde. I. Ferreira, Raquel Conceição. II. Werneck, Marcos Azeredo Furquim. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP



FOLHA DE APROVAÇÃO

QUALIDADE DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ATUAÇÃO INTERSETORIAL, INFRAESTRUTURA, RECURSOS HUMANOS E PARTICIPAÇÃO POPULAR

GLAYSON DA SILVA BARBOSA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia em Saúde Pública.

Aprovada em 31 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Raquel Conceição Ferreira - Orientadora
FO-UFMG

Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck
FO-UFMG

Prof(a). Maria Inês Barreiros Senna
FO-UFMG

Prof(a). Daniele Lopes Leal
Secretaria de Estado da Saúde

Belo Horizonte, 31 de julho de 2018.

Dedico este trabalho primeiramente à minha família, à Daniela minha esposa, amiga, auxiliadora e mulher virtuosa que Deus me presenteou. Às minhas lindas princesas Licia e Helena que são minhas inspirações ao empenho e aperfeiçoamento no exercício de minha profissão contribuindo para busca de um país melhor. Aos meus pais pela formação e oportunidade que me deram. Aos meus queridos orientadores Professora Raquel Conceição Ferreira, Marcos Azeredo Furquim Werneck e à Professora Rafaela Silveira colaboradora deste trabalho, sem vocês este sonho não seria possível.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus, pois por “Ele para Ele são todas as coisas”. À minha família: Daniela, Lícia e Helena pelo apoio e compreensão por todos os momentos de ausência e pela força e estímulo dispensados para o alcance deste objetivo. Obrigado por vocês sonharem comigo e agora compartilho desta realidade como nossa vitória. À Débora Egg, querida colega da iniciação científica e irmã em Cristo, pelo esforço e dedicação dispensados no auxílio da realização deste trabalho. À Secretaria de Saúde de Congonhas, em especial Ao Dr. Rafael Geraldo Cordeiro, Célia Maria Coelho e Wesley Rodrigues Pereira meu agradecimento pela confiança no desempenho da função de Coordenador de Saúde Bucal do município e por me incentivarem no aperfeiçoamento profissional e acreditarem que esta qualificação reverterá em benefícios ao nosso querido município de Congonhas. À secretaria de saúde de Conselheiro Lafaiete na pessoa da Coordenadora de Saúde Bucal Juliana Carvalho pela compreensão e liberação para realização do Mestrado Profissional.

“A visão errada da ciência trai a si mesma no desejo desesperado de estar certa; pois não é a possessão do conhecimento, da verdade irrefutável, que faz do homem um homem da ciência, mas o senso crítico persistente e até incauteloso pela busca da verdade.”

Sir Karl Popper

RESUMO

O fortalecimento da Atenção Básica por meio de programas como o Brasil Sorridente contribuiu para melhoria da condição de saúde bucal da população. O incremento de 57% em equipes de saúde bucal no país na última década e o financiamento de quase um bilhão de reais por ano por parte da união reforça os objetivos de fortalecimento. Avaliar estes serviços públicos e universais são fundamentais para determinar alocação equânime de recursos e na qualificação dos mesmos. Este estudo descreveu a qualidade da atenção em saúde bucal, considerando a gestão destes serviços sob as dimensões da atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura. Investigou diferenças segundo o porte populacional, indicadores socioeconômicos e de serviços de saúde bucal do município, o perfil dos gestores e características da gerência dos serviços de saúde bucal. O estudo foi delineado como ecológico, realizado entre 853 municípios de Minas Gerais. Os dados primários foram coletados por meio de questionário eletrônico entre gestores de saúde bucal dos municípios utilizando-se a plataforma *Form SUS* e dados secundários de bancos oficiais como DATA SUS, IBGE. Foi utilizado o modelo teórico de avaliação proposto por Colussi (2010) qualificando a gestão segundo as dimensões mencionadas. Cada subdimensão foi avaliada por quatro indicadores (relevância, eficácia, efetividade e eficiência). Municípios com indicador abaixo do percentil 25 foram considerados com qualidade insatisfatória segundo a subdimensão avaliada. Associações foram investigadas por meio de teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher e por modelo de regressão logística. De modo geral, os resultados demonstraram que, municípios com população menor que 5000 habitantes apresentaram maiores médias dos indicadores nas quatro subdimensões. Municípios cujos gestores possuíam 11 anos ou mais de formado apresentaram maior frequência de gestão de saúde bucal insatisfatória na dimensão atuação intersetorial. Municípios com maior porte populacional apresentaram 7,4 vezes mais chances de apresentarem gestão insatisfatória na dimensão recursos humanos e municípios com porte populacional >50.000 habitantes e com índice de GINI >0,55 possuem 3,2 vezes mais chances de qualidade insatisfatória para dimensão infraestrutura quando comparado com municípios menores. Municípios com maior investimento na Atenção Primária à Saúde apresentaram menor frequência de gestão insatisfatória nesta dimensão. A qualidade da gestão de saúde bucal variou de acordo com o porte populacional dos municípios, sendo que melhores resultados foram observados de modo geral em municípios menores. A qualidade da gestão também variou de acordo com o percentual de recursos financeiros investidos na APS e o tempo de formado do gestor de saúde bucal. O aperfeiçoamento de gestores dos serviços de saúde com mais tempo de formado, maior acesso a fluoretação e o monitoramento de seus teores nas águas de abastecimento, maior acesso por parte da população ao profissional cirurgião dentista com jornada de trabalho compatíveis com a população adscrita bem como a oferta dos serviços de saúde bucal na mesma proporcionalidade de unidades de saúde existentes e redução da desigualdade social pode influenciar na melhoria da qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal ofertados nos municípios mineiros.

Palavras-chave: Pesquisa sobre serviços de saúde. Avaliação em saúde. Administração de serviços de saúde. Serviços de saúde 20uccal.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF THE MANAGEMENT OF THE ORAL HEALTH SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE IN MINAS GERAIS: AN EVALUATION OF THE DIMENSIONS INTERSETORIAL ACTION, INFRASTRUCTURE, HUMAN RESOURCES AND POPULAR PARTICIPATION

The strengthening of the basic care through programs as *Brazil Sorridente* contributed to improve the population oral health condition. The increasing of 57 percent in oral health teams in the country in the last decade and the financing of almost one billion reais per year paid by the government reinforces the strengthening aims. To evaluate these public and universal services is fundamental to determine a resource equanimity allocation and their qualifications. This study described the care quality in oral health, considering the management of these services under the dimensions of intersectoral action, popular participation, human resources and infrastructure. It checked differences according to the population size; socioeconomic and oral health services indicators of the municipality, the managers profile and characteristics of oral health services management. The study was delineated as ecologic, carried out by 227 municipalities of Minas Gerais. The primary data were collected by electronic questionnaire given by oral health managers of the municipalities, using the *Form SUS* platform and secondary data of official databases like DATA SUS, IBGE. It was used the evaluation theoretical model proposed by Colussi (2010), qualifying the management according to the mentioned dimensions. Each sub-dimension was evaluated by four indicators (relevance, effectiveness, effectivity and efficiency). Municipalities with indicator lower than 25 percent were considered qualitatively unsatisfactory about the sub-dimension evaluated. Associations were analyzed by Pearson chi-square test or exact of Fisher and by logistic regression model. In general, the results demonstrate that municipalities with population smaller than 5,000 inhabitants present higher averages of the indicators in the four sub-dimensions. Municipalities whose managers were graduated 11 years ago or more, presented higher frequency of unsatisfactory oral health management, in the dimension intersectoral action. Municipalities with greater population size present 7.4 times more chances to present unsatisfactory management in human resource dimension and municipalities over 50,000 inhabitants and Gini over 0.55 have 3.2 times more chances of unsatisfactory quality in infrastructure dimension when compared with smaller municipality. Municipality with greater investment in health primary care present lower frequency of unsatisfactory management in this dimension. The oral health management quality changed according to the municipality population size, having, in general, better results observed in smaller municipalities. Management quality changed also according to the percentage of financial resources invested in HPC, and the graduation time of the oral health manager. The improvement of health service managers with more training time, greater access to fluoridation and the monitoring of their contents in the water supply, greater access by the population to the professional dentist with working hours compatible with the population ascribed as well as the provision of oral health services in the same proportionality of existing health units and reduction of social inequality may influence the improvement of the quality of management of oral health services offered in the municipalities of Minas Gerais.

Keywords: Health Services Research. Health Evaluation. Health Services Administration. Dental Health Services.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Cenário histórico	17
2.2 Cenário nacional da Atenção Primária à Saúde	18
2.3 A saúde bucal no Brasil	20
2.4 Contexto da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais	22
2.5 Qualidade dos serviços	23
2.6 Modelo de Avaliação de serviços de saúde bucal adotado na pesquisa	24
2.6.1 Critérios	25
2.6.2 Indicador	26
2.7 Avaliação da qualidade de serviços de saúde	27
2.8 Estudos de avaliação de serviços de saúde bucal	30
3 OBJETIVOS	57
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	58
5 RESULTADOS	68
5 1º PRODUTO CIENTÍFICO	68
5.2 ANÁLISE DE COMPLETUDE DOS DADOS	93

5.3° PRODUTOS TÉCNICOS	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	
ANEXOS	

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira e representa o mais importante avanço no campo da saúde pública do país, constituindo-se em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (FLEURY, 2009). Ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda população do país (BRASIL, 2009).

Na organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde (GIOVANELLA, 2009). Segundo Starfield (2002), a APS é o nível que fornece atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena e integra a atenção ofertada em outro lugar ou por terceiros, tendo como atribuições a organização, resolutividade e responsabilidade por uma população territorializada. Ainda segundo Starfield (2002), os atributos essenciais da APS são o Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da atenção. O primeiro contato refere-se ao acesso, a aceitabilidade, disponibilidade e comodidade deste serviço junto aos seus usuários. A longitudinalidade está relacionada ao vínculo entre profissionais e usuários, onde a atenção à saúde se dá ao longo dos anos diante das transformações e mudanças da população. A Integralidade da atenção está associada a resolutividade da necessidade, independentemente do nível de atenção onde o usuário se encontre. A coordenação da atenção pressupõe a APS como ordenadora das demandas em saúde num sistema em rede de Saúde. É um processo harmônico de ação ou esforço comum entre a APS e demais componentes da rede, sendo que para sua execução o profissional da APS tem de estar ciente das ações realizadas sob sua responsabilidade tanto na APS quanto nos demais pontos da rede de saúde. Um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS resulta em aspectos adicionais denominados aspectos derivativos. Eles são a orientação familiar, a competência cultural e a orientação comunitária para a construção de serviços em acordo com as realidades locais (SHIMAZAKI, 2009; STARFIELD, 2002).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), para alcance de qualidade e serviços resolutivos faz-se necessária a observação das diretrizes e fundamentos propostos para a Atenção Primária à Saúde, que se apresentam por meio da adscrição do território, do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e correspondência pela atenção às suas necessidades de saúde, garantindo continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Diante dos constantes avanços na saúde pública e contínuo processo de estruturação do SUS, no ano de 1991 foi criado o Programa de Agentes comunitários (PACS), com o intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente, nas regiões norte e nordeste do Brasil. A partir do êxito do PACS, foi proposto pelo Ministério da Saúde, um novo modelo de Atenção em Saúde com foco na família e não mais no indivíduo e com a necessidade de se incorporar mais profissionais para oferta de cuidados em saúde no território. Neste contexto, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (VIANA; POZ, 1998). Cabe ressaltar, também, que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países, com o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (VIANA; POZ, 1998).

Em consonância com o princípio da integralidade, houve a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Historicamente, o modelo de atenção em saúde bucal no Brasil passou por diferentes organizações. Na década de 50 era vigente o modelo incremental, com atuação voltada exclusivamente para escolares do primeiro grau e enfoque em processos curativos reparadores, serviços ofertados em áreas estratégicas devido à aspectos econômicos e sua incipiência nos serviços públicos prestados à população. Na década de 70, a Odontologia simplificada propunha mudanças nos espaços de trabalho com enfoque na promoção e prevenção com ênfase coletiva educacional. O Programa de inversão da atenção surgiu em seguida e sua principal característica era intervir antes e controlar depois, como uma maneira de impedir a piora da condição de saúde bucal da população, porém sem levar em consideração a participação popular (BRASIL, 2008). A inserção da saúde bucal no PSF se deu no ano de 2000, por meio da Portaria número 1444 de 28 de dezembro de 2000, que instituiu o incentivo financeiro para a reorganização da saúde

bucal prestada aos municípios (BRASIL, 2000). Com os avanços e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, no ano de 2003, foi lançado a Política Nacional de Saúde Bucal intitulada como Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). Esta política visa a garantia de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Seu principal objetivo foi a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS. As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal, principalmente, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. A ampliação da atenção em saúde bucal ainda é um desafio, haja vista que a cobertura populacional pela ESF em 2017 foi de 63,85% e a inserção de ESB foi de apenas 69% nestas ESF (BRASIL, 2018).

A gestão do sistema de saúde brasileiro apresenta-se como um desafio para as três esferas de poder, com a responsabilidade de coordenar e auxiliar na construção de um SUS resolutivo e de qualidade. Essa complexidade é maior quando se considera a dimensão e heterogeneidade do país, tanto populacionais, geográficas, culturais quanto econômicas. Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, em 2006, foi aprovado e pactuado, entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o Pacto Pela Saúde - Consolidação do SUS (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. O Pacto de Gestão é um dos eixos do pacto pela saúde e estabelece:

As responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006, p.76).

O Pacto de Gestão foi proposto buscando a consolidação e qualificação da gestão, e apresenta as seguintes diretrizes: Responsabilidade Sanitária – de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde e da organização da atenção; Regionalização solidária – cooperativa; Planejamento e Programação;

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Trabalho e Educação em Saúde; Participação Social e Controle Público do Sistema.

A gerência configurada como ferramenta/instrumento do processo do “cuidar” pode ser entendida como um processo de trabalho específico e assim, decomposto em seus elementos constituintes como o objeto de trabalho (recursos humanos e organização do trabalho), tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado para assim, obter as condições adequadas de assistência e de trabalho, buscando desenvolver a “atenção à saúde”. Desse modo, os objetos de trabalho do gestor no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicas compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle. (PERES; CIAMPONE, 2006). O processo de gestão em saúde exige medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle (MEZOMO, 2001). O modelo de gestão proposto pelo Pacto de Gestão exige gestores capazes de implantar políticas e novos modelos de atenção, com capacidade e competência para administrar os problemas que se apresentam (MEZOMO, 2001), que tenham sensibilidade, determinação e visão clara, sejam pragmáticos, responsáveis e inteligentes.

Em consonância com a proposta de organização da Atenção Primária à Saúde, com a Política Nacional de Saúde Bucal e com O Pacto de Gestão, os serviços de saúde devem garantir qualidade. Para tanto, a avaliação dos serviços de Saúde pode contribuir para o aprimoramento e organização do SUS e para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (COLUSSI & CALVO, 2011).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve incluir a avaliação da gestão. Segundo Tanaka e Tamaki (2012), a gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações e para isso ela tem que encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos. Encontrada essa combinação, ela é institucionalizada por meio da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos. A avaliação da gestão dos

serviços de saúde tem um compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população por meio do desenvolvimento de processos avaliativos participativos que levem em consideração tanto os objetivos dos serviços de saúde quanto as necessidades de saúde da população.

No Brasil, a busca pela qualidade dos serviços de saúde tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde, pois é fundamental para a adequação das políticas públicas às necessidades da população e para o retorno adequado dos investimentos, refletindo na melhoria da situação de saúde do país (COLUSSI, 2010). Avaliar pressupõe o ato de determinar o valor de algo (COLUSSI, 2010). Para Tanaka e Tamaki (2012), “avaliar significa um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos”. Segundo Colussi (2010), um modelo de avaliação pode originar-se de fontes teóricas, com base em pesquisas preliminares ou da experiência de avaliadores ou gestores.

Neste contexto, neste trabalho foi realizada a avaliação da qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal, utilizando-se de modelo teórico desenvolvido, validado e utilizado previamente no estado de Santa Catarina proposto por Colussi (COLUSSI; CALVO, 2011). Tal estudo visa verificar qual associação há entre a gestão dos serviços de saúde bucal nos municípios mineiros e a qualidade apresentada por estes serviços segundo as dimensões propostas pelo modelo de avaliação adotado. Assim, os resultados encontrados, poderão auxiliar tanto gestores quanto à própria Secretaria Estadual de Saúde na adoção de medidas que resultem em melhores resultados de qualidade.

Este estudo é integrante do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde- PPSUS, realizado pela Faculdade de Odontologia da UFMG, sendo vinculado como produto do mesmo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cenário Histórico

No ano de 1978, para além do conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) fim da década de 40, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, Cazaquistão, definiu a saúde como um direito fundamental do ser humano. E afirmou que a consecução deste direito é a mais importante meta social, cujo alcance requer a ação de vários setores sociais e econômicos, além do setor saúde (De ALMA-ATA, 1978). A partir desta importante Conferência, a discussão sobre a saúde e sua conceituação, dimensão, interrelação com as mais variadas áreas da vida, favoreceram a compreensão e norteamento para elaboração de ações que pudessem culminar no objetivo maior que é saúde para os povos.

Ainda na referida Conferência em Alma-Ata estabeleceu-se que a organização da saúde através da Atenção Primária à Saúde- APS seria o meio chave de alcance de um nível de saúde por todos os povos, até o ano 2000 que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Esta ação comporia um conjunto de outras iniciativas para enfrentamento da desigualdade existente no campo da saúde entre os povos de diferentes nações e até mesmo dentro de uma mesma nação. A APS atuaria ainda como um fomentador das discussões de saúde individual e coletiva por meio da participação popular, responsabilizando os estados, as sociedades e os indivíduos na elaboração conjunta de propostas particularizadas de ações de saúde conforme as necessidades locais (De ALMA-ATA, 1978).

A APS segundo a CICPS pode assim ser denominada como:

...cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (De ALMA-ATA, 1978, p.8).

A APS pode também ser descrita como o nível de atenção pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde os indivíduos residem e trabalham. Dessa forma, constitui-se como o primeiro estágio de um continuado processo de assistência à saúde, atuando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais

complexos (SANTOS, 2013). A APS caracteriza-se ainda como o nível de atenção à saúde onde as ações adotadas podem melhorar a saúde geral e reduzir as diferenças na saúde entre os principais subgrupos da população (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). É ainda o nível que fornece atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena e integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros, tendo como atribuições a organização, resolutividade e responsabilidade por uma população residente em um dado território (SHIMAZAKI, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, a APS, que no Brasil é denominada Atenção Básica (AB), é composta por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ações que utilizam tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2017). Em 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.435 de reedição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), onde conceitua a AB sendo como ponto de entrada preferencial do SUS, com função de organizadora da rede de assistência à saúde, de maneira a promover a integralidade e resolutividade. Para isto, faz-se necessário que este nível de atenção lance mão de tecnologias leves, leves dura e duras, promovendo articulação entre outros pontos da rede de atenção à saúde. Esta AB deve ainda articular a implantação de processos que aumentem a capacidade clínica da equipe e fortalecimento da micro regulação das UBS, como gerenciamento das demandas reprimidas da própria unidade tanto de consultas como exames (BRASIL, 2018).

2.2 Cenário Nacional da APS

No Brasil, nos primeiros anos da república, tiveram início ações de reforma e urbanização sanitária no estado do Rio de Janeiro, algumas destas propostas por Oswaldo Cruz, por meio do Instituto Soroterápico Federal criado em 1900. Apesar da sua importância para o desenvolvimento da saúde pública brasileira, algumas destas ações foram consideradas como autoritárias e encontraram forte resistência por parte da população, culminando na conhecida Revolta da Vacina. Em 1930, com a tomada do poder por Getúlio Vargas, o governo federal iniciou a concentração de funções

criando o Ministério da Educação e Saúde, significando o início da organização institucionalizada sobre as questões de saúde em nível nacional.

A década de 70 e início dos anos 80 foram marcados pelo regime militar e pela crise econômica nacional em consequência da crise internacional do petróleo. No Brasil, o efeito desta crise foram os altos índices de desemprego, êxodo rural, aglomerações em vilas e favelas nos grandes centros urbanos, graves problemas de saneamento, fome, violência e recrudescimento de doenças já controladas, enfim baixa qualidade de vida. Este cenário refletido na crise previdenciária, devido à queda de arrecadação decorrente dos altos índices de desemprego, culminou na reforma sanitária brasileira associada à forte influência dos movimentos sociais que surgiram neste contexto. Destes movimentos, em 1986, na realização da 8ª conferência Nacional da Saúde foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na ocasião, foram criados os Conselhos de administração da Saúde e Previdenciário (CASP), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), movimentos que tiveram marcada participação nas discussões e criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, bem como na aprovação das leis federais nº 8080 e 8142 que, em 1990, o regulamentaram” (BRASIL,2018).

O SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, apesar de possuir 30 anos de existência, ainda está em construção, aprimorando e avançando conforme as políticas propostas. Políticas importantes foram instituídas após a criação do SUS, a Política Nacional da Atenção Básica-PNAB em 2006 e reeditada em 2010 e 2017 que em seu conjunto está norteada pelos princípios e diretrizes do SUS como universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social, planejamento, apoio, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica nos territórios. A PNAB tem por finalidade revisar as diretrizes e normas para organização da Estratégia Saúde da Família, adotada como porta de entrada dos indivíduos aos serviços de saúde. Mas não se pode deixar de mencionar que a atenção básica, também envolve outras iniciativas, como: Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil sorridente, de saúde bucal; O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições

de saúde de suas comunidades (SANTOS, 2013). Com a reedição da PNAB, algumas mudanças ocorreram referentes a composição das ESF, carga horária profissional, financiamento à Equipes de Atenção Básica. Tal revisão foi fundamentada nos resultados dos dois ciclos de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB, bem como nos resultados observados no e-SUS (Sistema de informações de saúde da Atenção Básica), sendo os eixos de Gestão (gestão municipal, coordenação da atenção básica e unidades básicas de saúde) e Equipes (Perfil, Processo de trabalho e atenção à saúde) avaliados pelo programa PMAQ-AB confrontando os resultados com os indicadores de saúde como por exemplo, média de ações coletivas de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programada, proporção de instalações de próteses dentárias, razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas, cobertura de atendimento odontológico à gestante (BRASIL, 2018).

Em 1994, foi criado, no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF). Sua implantação mostrou tratar-se de uma importante estratégia para organizar a AB. Mais recentemente, já concebida como Estratégia de Saúde da Família, vem potencializando o modelo de atenção integral à saúde das famílias, ou seja, uma nova proposta de organizar e articular os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos, a fim de enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade. Segundo a PNAB, a constituição mínima da Equipe Saúde da Família (ESF) é: um profissional médico, um profissional enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde, com carga horária de 40 horas semanais e de responsabilização por um território de até 4000 pessoas (BRASIL, 2018).

2.3 A Saúde Bucal no Brasil

A Portaria MS/GM nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, definiu a inclusão das ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, ao estabelecer o financiamento para organização da atenção em saúde bucal no então Programa de Saúde da Família (PSF). Esta portaria foi um marco nacional como proposta de organização do modelo de atenção em saúde bucal no âmbito da Atenção Básica. Por meio desta portaria, foram criadas duas modalidades de Equipes de Saúde Bucal

(ESB) na estratégia saúde da família: (i) a modalidade tipo I para Equipes de Saúde Bucal-ESB composta por um profissional Cirurgião Dentista-CD e um Auxiliar de Saúde Bucal-ASB, ambos com jornada de trabalho de 40 horas semanais; (ii) modalidade tipo II, uma ESB composta por um profissional CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal-TSB, todos com jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2000).

Em 06 de março de 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 267 que estabeleceu as normas e diretrizes e rol de procedimentos a serem executados pelas ESB implantadas nos municípios (BRASIL, 2001).

A consolidação da inserção da saúde bucal como parte do fortalecimento da APS veio por meio da publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, denominada “Brasil Sorridente”. Este documento apresentou os princípios e os pressupostos para a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços ofertados, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Em 2007, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, o Brasil possuía 16.785 ESB, o que equivalia a 60% do total (28.195) das ESF implantadas. Em 2017, o número de ESF passou para 42.070, o que significou um aumento de, aproximadamente, 50%. Em 2017, o número de ESB foi de 26.497, um aumento de cerca de 58%. Porém em 10 anos, as ESB correspondem a cerca de 63% das ESF implantadas no território brasileiro, ou seja, em 10 anos a equivalência entre ESF e ESB aumentou somente 3%, mesmo após os avanços das políticas de saúde bucal institucionalizadas (BRASIL, 2018). Das ESB implantadas no Brasil em 2017, 24.340 foram da modalidade tipo I, 2.157 ESB na modalidade Tipo II (BRASIL, 2018).

Considerando que o valor financiado pelo Ministério da Saúde (MS) corresponde a R\$ 2.230,00/mês por ESB Tipo I implantada, estima-se um gasto total de R\$ 651.338.400,00/Ano. Para as ESB modalidade tipo II o valor financiado por ESB implantada foi de R\$2980,00/mês, correspondendo a um financiamento anual de R\$ 77.134.320,00. Assim no ano de 2017, o financiamento total com ESB implantadas foi de cerca de R\$ 728.472.720,00 (BRASIL, 2018). Já a nível estadual o co-financiamento dos serviços de saúde bucal na atenção primária tem por objetivo

ampliar o acesso e fortalecer a atenção primária por intermédio de repasse de incentivo financeiro quadrimestral segundo o cumprimento de metas previstas nos instrumentos de repasses. (SES/MG,2018).

2.4 Contexto da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, Minas Gerais possuía uma população estimada de 21.119.536, distribuída em 853 municípios (IBGE, 2018). Estes municípios estão divididos em 28 regiões de saúde conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). O estado possui uma extensão territorial de 586.520,732 Km². O Índice de desenvolvimento Humano (IDH) do estado é de 0,731 e a renda domiciliar *per capita*, em 2010, foi de R\$1.224,00. Em 2017, a APS estava estruturada com 5.380 ESF e 3.171 ESB, entre as quais 2.444 eram de modalidade I e 727 de modalidade II, o que corresponde, respectivamente, a 77% e 23% do total de ESB implantadas (BRASIL, 2018). Tomando por base o número de habitantes em Minas Gerais, em 2017 e, considerando-se a cobertura de 100% da população por equipe (4.500 hab./ESB), seriam necessárias 4.690 ESB para o alcance desta meta em todo o estado. Porém, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) havia apenas 3.171 ESB, distribuídas de maneira heterogênea no território de Minas Gerais, representando aproximadamente 68% da cobertura desejável. Dos 853 municípios mineiros, 78 não possuíam ESB implantadas conforme dados do CNES, 2018, parametrizadas conforme a Política Nacional de Saúde Bucal. Isso não significa que estes municípios não apresentem serviços de saúde bucal na atenção básica, mas convém ressaltar que para estes municípios não há financiamento para estes serviços por parte do Ministério da Saúde.

Em Minas Gerais, em 2017, havia 7771 equipos odontológicos em uso, 2361 compressores odontológicos, 2403 fotopolimerizadores, 3218 canetas de alta rotação, 2940 canetas de baixa rotação, 2148 amalgamadores, 1374 aparelhos de jato de bicarbonato e profilaxia e 722 aparelhos de RX odontológico (CNES, 2018). Em 2017, 3397 cirurgiões-dentistas estavam atuando na Estratégia Saúde da Família.

Segundo banco de dados do DATA-SUS, no Sistema de Informação Ambulatorial- SIA-SUS, no ano de 2017, o estado de MG possuía registro de 4.379 procedimentos coletivos odontológicos, 11.312 consultas odontológicas de urgência,

6.058 exodontias de dentes permanentes, 31.008 primeiras consultas odontológicas e 174.838 procedimentos odontológicos do grupo 03 (procedimentos clínicos), grupo 04 (procedimentos cirúrgicos) e grupo 07 (próteses e órteses).

2.5 Qualidade dos serviços

A avaliação como um processo constante, sistemático e efetivo, subordinado aos objetivos e metas propostos para os serviços de saúde pública de nosso país pode colaborar para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2007). A avaliação como uma ação de determinar valor a algo é uma ferramenta muito importante de mensuração de ação, serviço, programa e até mesmo de políticas implantadas (HARTZ, 1997). A avaliação tem por objetivo promover uma melhora, juízo de valor, mas também para aprimorar a implementação de uma política ou do funcionamento de um serviço. Para Contandriopoulos *et al.* (1997), os objetivos da avaliação podem ser descritos como estratégico, quando auxiliam no planejamento e na elaboração de uma ação ou intervenção; pode ainda possuir um objetivo formativo quando fornece informação para melhorar uma intervenção no transcorrer do processo; pode também possuir um objetivo somativo quando determina os efeitos da ação/ intervenção para decisão de manutenção, transformação ou interrupção da intervenção/ação e por fim apresenta o objetivo fundamental quando contribui para progresso do conhecimento para elaboração teórica.

Segundo Colussi (2010), a adoção de modelos teóricos de avaliação pública emerge das necessidades da gestão em avaliar os efeitos de suas ações/ intervenções, levando inclusive países desenvolvidos a adotar esses modelos, conhecidos como modelos lógicos de avaliação. Ainda segundo a autora:

...uma metodologia de avaliação envolve a escolha de um conjunto de critérios e o uso de um elenco de indicadores consistentes com os critérios escolhidos e que permitam efetuar um julgamento continuado e eficaz acerca do desempenho desses programas, mediante o confronto com os padrões de desempenho anteriormente estabelecidos (COLUSSI, 2010 p.56).

A decisão de institucionalizar a avaliação no nível governamental federal requer a definição de um conjunto mínimo de diretrizes a serem incorporadas no processo avaliativo. Mesmo com várias discussões sobre avaliação, sua

implementação ainda é incipiente. No Brasil, em 2005, foi instituído o Pacto de Gestão que trata da avaliação como:

...conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Avaliar consiste em atribuir um valor ao encontrado a partir do esperado, uma medida de aprovação ou desaprovação. Assim, a avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento e replanejamento, melhorar desempenhos e qualidades, etc. (BRASIL, 2005, p.85).

A implementação do Programa de Avaliação da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica- (PMAQ-AB) em 2013, pode ser considerado como um marco na institucionalização nacional da avaliação de serviços do SUS no Brasil.

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e, em 2015, iniciou seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB (BRASIL,2012).

2.6 Modelo de Avaliação de serviços de saúde bucal adotado na pesquisa

Utilizando a avaliação como um instrumento de gestão, Colussi (2010) propôs um modelo para avaliar a qualidade da atenção odontológica ofertada na atenção básica em nível municipal.

O modelo de avaliação da Atenção Básica proposto por Colussi (2010) foi construído a partir de uma parceria técnica entre a Secretaria de Estado de Santa Catarina e a Universidade Federal de Santa Catarina. A qualidade da gestão municipal na Atenção Básica foi avaliada considerando as dimensões Gestão em Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. A dimensão Gestão em Saúde Bucal foi avaliada por quatro subdimensões: atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura. A dimensão de Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal levou em consideração os princípios do SUS como a

universalidade e integralidade, incluindo duas subdimensões a saber: Promoção e prevenção em saúde e Diagnóstico e tratamento, sendo que nestas duas subdimensões as avaliações foram feitas de acordo com os ciclos de vida, ou seja, criança, adolescente, adulto e idoso. A partir daí foram criadas matrizes de avaliação compostas por indicadores segundo as dimensões e subdimensões, totalizando 45 indicadores. A pesquisa proposta por Colussi (2010) foi realizada no estado de Santa Catarina no ano de 2008, sendo um estudo metodológico, aplicado a todos os municípios do estado, os dados primários foram coletados por questionários enviados aos municípios e remetidos por correios e *e-mail*. Os dados secundários foram coletados das bases DATA/SUS, IBGE e SES/SC.

Este modelo teórico de avaliação de serviços estabeleceu critérios, indicadores e parâmetros para o processo avaliativo.

2.6.1 Critérios

Sobre critérios de avaliação, Colussi (2010) fez menção às definições propostas por Hartz (2005), onde critério é definido como um componente ou aspecto da estrutura de um serviço ou sistema de saúde, ou de um processo ou resultado de um cuidado, que dá suporte à qualidade da atenção prestada. A autora ainda menciona os sete pilares da qualidade propostos por Donabedian (1990), que são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses pilares serviram de fundamentação em seu modelo lógico de avaliação, porém foram utilizados somente os critérios eficiência, eficácia, efetividade e relevância. As seguintes definições foram adotadas na proposição de seu modelo lógico de avaliação para os critérios de eficiência, eficácia, efetividade e relevância:

Critérios	Definição
Eficiência	É o critério de desempenho econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à geração do maior volume de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis (otimização da capacidade instalada).
Eficácia	É o critério de desempenho político que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos e pactos de saúde e dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde (realização das metas quantitativas e qualitativas).
Efetividade	É o critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde (maximização dos resultados).
Relevância	É o critério cultural que reflete a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao atendimento dos desejos e expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS (maximização dos impactos).

2.6.2 Indicador

Segundo Ripsa, indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. É uma tentativa de estabelecer medidas, quantitativas ou qualitativas, como forma de aproximação da realidade de um dado fenômeno, fato, evento ou condição. Os indicadores podem ser utilizados para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso sistemático organizado de informação sintética sobre a evolução do aspecto observado. Os indicadores servem para: esclarecer valores,

diagnosticar problemas, comunicar estratégias, entender processos, definir responsabilidades, envolver pessoas, fazer parte ativa da remuneração funcional, melhorar o controle e planejamento, identificar ações de melhorias, mudar comportamentos, tornar possível a visualização de resultados e facilitar a delegação de responsabilidades (HARTZ, 2006).

Para Colussi (2010), uma das principais dificuldades existentes na construção de indicadores está na disponibilidade e qualidade dos dados necessários para o cálculo dos mesmos. Para a autora, a utilização dos dados existentes, mesmo que imperfeitos, ajuda a melhorar a qualidade dessa informação, lembrando sempre de mencionar as limitações encontradas.

2.6.3 Parâmetros

Segundo o Modelo Lógico de Avaliação proposto por Colussi (2010), a definição de parâmetros é imprescindível para emissão de juízo de valor e parte indissociável do processo avaliativo. Para cada indicador estabelecido há de se estabelecer qual ou quais parâmetros os resultados serão comparados. Colussi (2010) relata em seu modelo que, segundo Donabedian (1986), parâmetro é uma especificação quantitativa precisa do nível de um critério que conferirá qualidade em grau determinado.

2.7 Avaliação da Qualidade de serviços de saúde

No modelo lógico proposto por Colussi e adotado neste trabalho, a autora relatou a dificuldade de se avaliar a qualidade de serviços de saúde uma vez que são vários os questionamentos do que é qualidade em saúde. O que se avaliar em saúde e como mensurar está qualidade? A autora propõe como fundamentação teórica na avaliação em saúde o proposto por Donabedian (1988), onde as avaliações em saúde, para que sejam abrangentes e reveladoras da realidade avaliada, devem em seu modelo de avaliação, contemplar no instrumento de avaliação a mensuração da estrutura, processos e resultados. Ainda segundo a autora, o êxito na avaliação da qualidade em saúde passa por uma boa seleção de indicadores representativos destas três variáveis.

Neste contexto, a autora definiu estrutura sendo como características estáveis como recursos humanos, físicos e financeiros. Processo se define em

conhecer, supervisionar e garantir o processo de prestação dos serviços de acordo com padrões de excelência já estabelecidos. Resultados seriam o fim ou objetivos das ações empregadas, ou seja, os resultados são os esperados pela aplicação da intervenção ou ação.

O modelo de avaliação proposto por Colussi (2010) (Figura 1) foi uma adaptação de um modelo de avaliação da atenção básica, cujo objetivo seria subsidiar aos gestores municipais na tomada de decisões assegurando o adequado provimento da atenção básica.

O modelo é constituído de duas dimensões: Gestão da saúde bucal e Provimento da atenção básica em saúde bucal. A dimensão gestão da saúde bucal tem foco nas ações relacionadas à equidade e divididas em quatro subdimensões: atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura. A dimensão do provimento da atenção básica em saúde bucal levou em consideração os riscos de doenças e de agravos que surgem ao longo da vida, assim a avaliação nesta dimensão focou nos ciclos de vida. O modelo contemplou e considerou os princípios organizativos do SUS, como universalidade, equidade e integralidade tanto nas dimensões quanto nas subdimensões. Para cada subdimensão da gestão de saúde bucal, foram analisados quatro indicadores relacionados à relevância, efetividade, eficácia e eficiência, totalizando 16 indicadores. O Provimento da atenção básica em saúde bucal possui três indicadores para avaliação da relevância, efetividade e eficácia das ações ofertadas para crianças, adolescentes, adultos e idosos. Um total de 40 indicadores foram utilizados para avaliar a qualidade da atenção em saúde bucal na atenção básica.

A escolha dos indicadores, conforme descrição da autora, se deu por meio de consulta a literatura científica e por discussão em um grupo de “experts”, composto por cirurgiões-dentistas da SES/SC e da UFSC. Para todos os indicadores, uma ou mais medidas e suas respectivas fontes de consultas ou base de coleta foram definidas.

Figura 1- Modelo de avaliação e princípios organizativos e doutrinários do SUS



Fonte: Colussi (2010)

Da aplicação do instrumento de avaliação no estado de Santa Catarina a autora encontrou os seguintes resultados:

- Dos 293 municípios do estado de SC, 207 participaram da pesquisa.
- Dos 207 municípios do estado de SC que participaram da pesquisa, 19 não possuíam nenhuma ESB; a taxa de resposta da pesquisa foi de 70,6%.
- Para a subdimensão atuação intersectorial, o indicador com pior desempenho foi o de relevância mensurado pelo “desenvolvimento de hábitos saudáveis” por meio do indicador de percentual de escolas com controle de alimentos nas cantinas. Em relação a efetividade, a maioria dos municípios apresentaram média superior a 62% em relação ao acesso ao flúor na água de abastecimento e 68% dos municípios relataram realizar vigilância do teor de flúor das águas de abastecimento. No que diz respeito à eficiência, 73% das escolas da rede municipal de ensino dos municípios realizavam escovação dental pós lanche.
- A subdimensão participação popular foi a que apresentou os piores resultados. O percentual de reuniões do conselho municipal de saúde com discussão sobre saúde bucal foi de 21,6%. Também foi constatado que o Conselho Municipal de Saúde e a Conferência Estadual de Saúde não são espaços com participação de cirurgiões-dentistas. Quanto à disponibilização de informação à saúde aos usuários, observou-se a ocorrência em 77,2% dos municípios.

- Para a subdimensão Recursos humanos, o indicador de eficiência, medido pelo total de recursos financeiros investidos em saúde bucal, apresentou os piores resultados. Para o indicador de eficácia, medido pelo número total de consultórios odontológicos para cada grupo de mil habitantes, foi encontrado uma grande variabilidade (AT=0,06-1,68). A autora relata que em 20% dos municípios há indícios de ociosidade destes consultórios devido a razão número de consultórios e profissionais CD nos municípios.
- Para a subdimensão infraestrutura, o indicador relevância, medido pela capacidade de resolutividade das necessidades dos usuários, foi verificada a existência de referência operante para as especialidades odontológicas. Os resultados indicaram que 71% dos municípios do estado de SC apresentavam estas referências. Para o indicador de efetividade, medido pelo acesso aos serviços de saúde bucal, a maior média foi de 94% para os municípios com menos de 5 mil habitantes e a menor 71% para municípios de 10 a 50 mil habitantes.

2.8 Estudos de avaliação de serviços de saúde bucal

2.8.1 Busca na literatura e seleção dos artigos

Para mapear a literatura sobre avaliação dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), foi realizada uma revisão da literatura. A busca bibliográfica foi realizada no período de 25/05/2017 à 31/05/2017 nas bases de dados: PubMed, LILACS, Scopus (Elsevier), Web Of Science (Thomson Reuters), BBO, ACCESSS. As estratégias de busca estão descritas no Quadro 1. O software EndNote X7 foi utilizado para organização dos trabalhos e remoção de duplicidade.

Quadro 1 - Estratégias utilizadas para busca em bases de dados na internet para identificar estudos sobre avaliação dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde

Bases de dados consultadas	Estratégia de busca
PubMed Medline	("Health Evaluation" OR "Program evaluation" OR "health service evaluation") AND (dentistry OR "oral health") AND ("Primary Health Care" OR "Primary care" OR "Dental Health Services") ("Health Evaluation"[All Fields] OR "Program evaluation"[All Fields] OR "health service evaluation"[All Fields]) AND (("dentistry"[MeSH Terms] OR "dentistry"[All Fields]) OR "oral health"[All Fields]) AND ("Primary Health Care"[All Fields] OR "Primary care"[All Fields] OR "Dental Health Services"[All Fields])
Lilacs	("Health Evaluation" OR "Program evaluation" OR "health service evaluation") AND (dentistry OR "oral health") AND ("Primary Health Care" OR "Primary care" OR "Dental Health Services")
Scopus (Elsevier)	("Health Evaluation" OR "Program evaluation" OR "health service evaluation") AND (dentistry OR "oral health") AND ("Primary Health Care" OR "Primary care" OR "Dental Health Services")
Web Of Science (Thomson Reuters)	("Health Evaluation" OR "Program evaluation" OR "health service evaluation") AND (dentistry OR "oral health") AND ("Primary Health Care" OR "Primary care" OR "Dental Health Services")
BBO	Avaliação em saúde bucal AND Atenção Primária à Saúde
ACCESS	"Oral health"

Foram utilizados como critérios de elegibilidade para inclusão dos trabalhos:

- a) Tipos de estudo: epidemiológicos ou não-epidemiológicos, de avaliação ou avaliabilidade e/ou estudos que validassem instrumentos avaliativos da saúde bucal na APS;
- b) Idiomas: português, inglês ou espanhol;
- c) Sem limite de data.

Foram excluídos os estudos de avaliação que envolviam a atenção secundária ou terciária; estudos que não se referiam a saúde bucal na APS; estudos

em animais ou laboratoriais; estudos de revisão da literatura; estudos sem método definido, opinativos, dissertações ou teses ou estudos de avaliação de técnicas procedimentais ou clínicas.

A tabela 1 apresenta os resultados obtidos com as buscas de acordo com as bases de dados consultadas. Após seleção, permaneceram 233 artigos para seleção pela leitura na íntegra (Figura 2). Duzentos e dois artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade.

Tabela 1: Número de artigos encontrados nas buscas segundo as bases de dados consultadas

Bases de dados	PUBMED	LILACS	ACCESSSS	BBO	SCOPUS	Web of Science
Data da busca	25/05/2017	25/05/2017	31/05/2017	31/05/2017	25/05/2017	25/05/2017
Número de artigos retidos	170	33	1	18	120	5

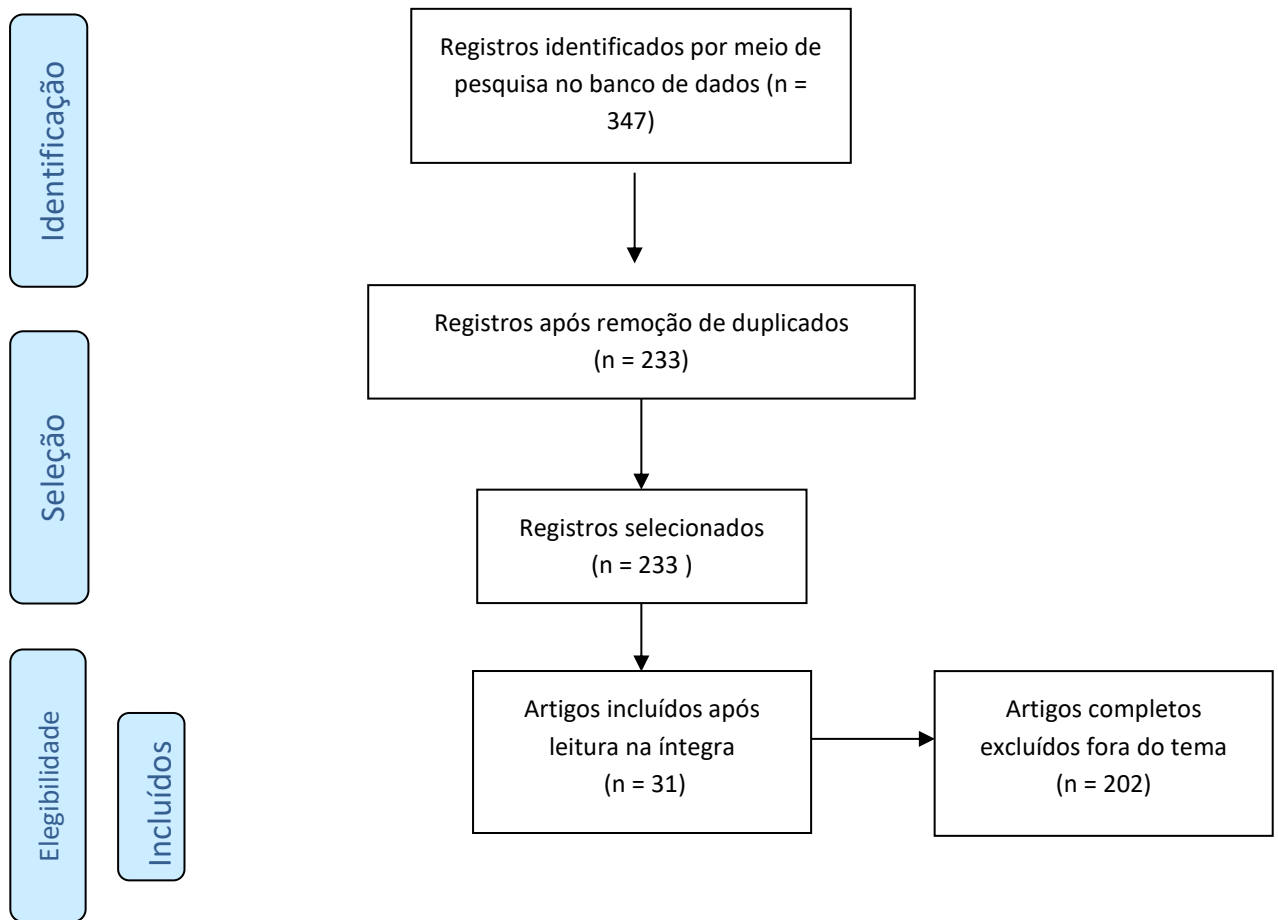


Figura 2: Fluxograma do processo de seleção dos artigos resultantes da busca sobre avaliação de serviços de saúde bucal

Para a extração de dados, foi utilizado um roteiro, que foi testado usando dois artigos, contendo as seguintes informações:

- Identificação do estudo: Tema do artigo (palavras-chave), título; Referência Bibliográfica (autores; revista; volume, número e ano);
- Metodologia: Local e data do estudo, Tipo de estudo, amostra ou população, Fontes de dados e forma de coleta do instrumento e tipo de análise dos dados.
- Medidas de desfecho: indicadores de avaliação; principais resultados; considerações finais/ conclusão.

2.8.2 Estudos nacionais sobre avaliação de serviços de saúde bucal na APS

Dos estudos nacionais selecionados (QUADRO 2), a maioria e os mais recentes relataram avaliação dos serviços de saúde bucal mediante utilização de indicadores (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE *et al.* 2006; ALMEIDA; FERREIRA; FERNANDES, 2008; LOIVOS *et al.*, 2009; BUENO; CORDONI JUNIOR; MESAS, 2011; CAVALCANTI *et al.*, 2012; PIMENTEL *et al.*, 2014; MENDES JUNIOR *et al.*, 2015; MOIMAZ *et al.*, 2015). O acesso aos serviços foi avaliado utilizando indicadores como primeira consulta odontológica programática, média de escovação dental supervisionada, procedimentos odontológicos individuais, cobertura dos serviços de saúde bucal, tratamentos concluídos, atendimento à gestante, média de urgências odontológicas por habitante.

Cinco estudos avaliaram a inserção da saúde bucal na ESF (SOUZA e RONCALLI, 2007; PEREIRA, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2009; SCARPARO *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2016). Nestes estudos, avanços na saúde bucal foram atribuídos à Política Nacional de Saúde Bucal e, conseqüentemente, a mudança do modelo de atenção odontológica. Mas, os mesmos autores discutiram a permanência de problemas existentes no que diz respeito a processos, estrutura e resultados. Dois trabalhos apresentaram modelos de avaliação (COLUSSI e CALVO, 2011, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2010), sendo este último uma proposta de avaliação de campanha de prevenção ao câncer de boca. Nesta pesquisa, foi adotado o modelo de avaliação proposto por Colussi (2010).

Três trabalhos se propuseram a avaliar os resultados da adoção de práticas preventivas e de promoção de saúde bucal (CELESTE *et al.*, 2007; BARRETO *et al.*, 2013; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016). Nestes trabalhos, foi investigada a associação entre os indicadores de prevenção e promoção com indicadores de resultado como, por exemplo, o CPOD.

O trabalho de Cavalcanti (2012) relatou a avaliação de acesso dos serviços com implantação de protocolo de fluxos mediante a percepção dos usuários.

O quadro 3 apresenta uma síntese dos artigos selecionados.

Quadro 2: Objeto da avaliação dos estudos nacionais de avaliação em Saúde Bucal

Autor (es) e ano de publicação	Objeto da avaliação
Szwarcwald, Mendonça e Andrade <i>et al.</i> (2006)	Qualidade da APS
Antunes, Toporkov e Wünsch-Filho (2007)	Avaliação de campanha de prevenção câncer de boca
Celeste, Nadanovsky e Leon (2007)	Avaliação de serviços odontológicos
Souza e Roncalli (2007)	Avaliação de serviço/ modelo assistencial
Almeida; Ferreira; Fernandes (2008)	Avaliação de práticas e incorporação de avaliação
Pereira <i>et al.</i> (2009)	Avaliação do impacto da inserção da ESB
Nascimento <i>et al.</i> (2009)	Avaliação de mudança de práticas pós inserção da ESB
Loivos <i>et al.</i> (2009)	Avaliação do acesso à saúde bucal mediante uso de indicadores
Colussi e Calvo (2011)	Modelo de avaliação - Os serviços avaliados foram qualificados de acordo com avaliação de mérito e valor
Bueno, Cordoni Júnior e Mesas (2011)	Avaliação de serviços com uso de indicadores
Cavalcanti <i>et al.</i> (2010)	Avaliação e investigação da associação entre indicadores de saúde bucal e sócio sanitários
Cavalcanti <i>et al.</i> (2012)	Avaliação de protocolo segundo percepção de usuários
Colussi, Calvo e Freitas (2013)	Utilização de um método de análise para avaliação de serviços Satisfatório, Regular, insatisfatório
Pimentel <i>et al.</i> (2014)	Avaliação de serviços segundo indicadores de Saúde Bucal Distinção entre os serviços de Saúde Bucal dos municípios por porte populacional
Scarparo <i>et al.</i> (2015)	Avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal no Rio de Janeiro
Mendes Júnior <i>et al.</i> (2015)	Avaliação da percepção profissional quanto uso de indicadores
Moimaz <i>et al.</i> (2015)	Avaliação de serviço de saúde bucal de município de SP
Silveira Filho <i>et al.</i> (2016)	Avaliar efetividade da Promoção em Saúde Bucal Capaz de diferenciar os serviços realizados nas capitais avaliadas
Martins <i>et al.</i> (2016)	Modelo de avaliação da qualidade da atenção à Saúde Bucal da criança

Quadro 3: Síntese dos estudos sobre avaliação de serviços de saúde bucal.

Título do artigo: Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional								
	Objetivos	Metodologia				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População / Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Szwarcwald, Mendonça e Andrade et al. (2006)	Avaliar a qualidade da atenção básica recebida sob a ótica do usuário, para o estabelecimento de metas e definição de prioridades.	Julho a agosto de 2005 em 4 municípios do RJ	Ecológico	Município 1: 480 indivíduos Município 2: 400 Município 3 e Município 4: 320	O instrumento utilizado foi uma adaptação do questionário aplicado no Brasil, por ocasião de realização da PMS, inquérito nacional para avaliação do desempenho de saúde: 1º parte com responsável do domicílio: a composição da família, características do domicílio, gastos com assistência em saúde; a cobertura e a avaliação do PSF; e, entre os moradores, as relações de parentesco, a situação socioeconômica e a posse de plano de saúde privado; Na 2º parte eleição de um morador do domicílio: informações sociodemográficas; autoavaliação do estado de saúde nos seus vários domínios, fatores de risco, situações crônicas, promoção de comportamentos saudáveis; doenças sexualmente transmissíveis; programas de saúde, cuidados preventivos e assistenciais às crianças; assistência a idosos; e avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário	Análise descritiva: *Indicadores de assistência saúde bucal (regularidade de consulta odontológica, perda dentária, uso de próteses	Percentual de adultos que realizaram consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano: 30,7% no município 1 18,9% no município 2 44,8% no município 3 42,8% município 4.	A assistência bucal é precária nos quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro: a proporção de pessoas que realizam consulta odontológica para revisão periódica, pelo menos uma vez ao ano, não alcança 50% em nenhuma das localidades.

Título do artigo: Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil								
	Objetivos	Metodologia				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Antunes, Toporkov e Wünsch-Filho (2007)	Avaliar os resultados da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal realizada no contexto da campanha de vacinação contra a gripe em idosos no Estado de São Paulo (SP) em 2004.	Estado de SP, 2004	Descritivo dos resultados de campanhas de prevenção ao câncer de boca no estado de SP 2004	207 municípios de SP de 8 regiões de Saúde. Essas oito regionais englobam 207 municípios nos quais foram examinados, em 2004, 70615 indivíduos	Relatórios administrativos das regionais de saúde encaminhados ao nível central de coordenação da campanha, com base em registros das unidades de saúde envolvidas	Análise descritiva.	<p>* Ampliou-se de 4,1% em 2001, primeiro ano do campanha para 8,7% em 2004;</p> <p>* 8,5% foram encaminhados para elucidação diagnóstica e 0,9% foram considerados portadores de lesões em tecidos moles da boca suspeitas de malignidade;</p> <p>* A cobertura em relação ao total da população foi de 8,7% e, em relação ao total de vacinados, de 10,6%;</p> <p>* 238087 exames bucais realizados no Estado durante a campanha de 2004, 92 casos de câncer de boca podem ter sido diagnosticados, embora nenhuma inferência possa ser feita sobre o estadiamento dos tumores detectados</p>	<p>* A baixa resolutividade da campanha decorreu não apenas de aspectos específicos relacionados aos procedimentos de rastreamento, mas também da frágil organização dos serviços de saúde nessas regiões, e reflete falhas no sistema de referência e contra referência;* necessário na implementação de um rigoroso planejamento das ações, como o adequado treinamento dos cirurgiões-dentistas envolvidos no programa, a clara definição de um sistema de referência efetivo, com capacidade para atender à demanda encaminhada, e a organização de um sistema de informação eficiente, que permita informar os dados finais de todas as regiões de saúde envolvidas no programa. Sem a garantia dessas premissas, essas campanhas de rastreamento em câncer bucal não passam de iniciativas bem-intencionadas, mas ineficazes para reverter o impacto da doença na comunidade.</p>

Título do artigo: Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Celeste, Nadanovsky e Leon (2007)	Avaliar a associação entre as atividades odontológicas preventivas do serviço público de Odontologia e a saúde bucal de jovens	Rio Grande do Sul no período de 2002-2003	Ecológico	4.033 jovens de 15 a 19 anos, de 85 municípios do estado do Rio Grande do Sul,	Fonte de dados: secundários (IBGE e SAISUS). Inquérito epidemiológico iniciado no estado do Rio Grande do Sul (SB Gaúcho). Dados: idade, sexo, renda, escolaridade, tempo desde a última visita ao cirurgião-dentista, motivo da visita, e presença de flúor na água de abastecimento; CPOD	Teste de qui-quadrado e Regressão logística multinível com intercepto aleatório; *As análises foram realizadas no programa Stata 9.01 e no programa MIWin 2.02.	Os indivíduos dos municípios com menores taxas de procedimentos (por 100 habitantes) de procedimentos individuais preventivos (limpeza + flúor + selante) tiveram 2,27 (IC 95%: 1,45;3,56) vezes mais chance de ter uma cárie não restaurada do que residentes dos 21 municípios com maiores taxas. Essa chance permaneceu mesmo depois de ajustada por fatores individuais e contextuais, mas decresceu para 1,76 (IC 95%: 1,13;2,72). A proporção da variabilidade atribuível aos municípios foi de 14,1% para o modelo vazio e 10,5% para o modelo cheio	O serviço público de Odontologia no Rio Grande do Sul pode ter contribuído para a redução no número de lesões de cárie não restauradas em jovens de 15 a 19 anos entre os anos 2000 e 2003, porém não foi possível detectar influência desse serviço na experiência total da cárie (CPOD).

	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População / Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento			Análise dos dados
Souza e Roncalli (2007)	Avaliar a incorporação da saúde bucal na ESF, com base na análise de fatores que interferem positiva ou negativamente na implementação dessa estratégia e, conseqüentemente, no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no SUS no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.	Municípios do Rio Grande do Norte (RN), ano de 2004.	Ecológico	20 municípios selecionados do SB-Brasil RN, que foi o 1º levantamento epidemiológico nas condições de saúde bucal do RN, desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN. Amostra com caráter probabilístico.	Dados primários: Entrevista com questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas aplicado aos gestores dos serviços de SB e dentistas dos serviços; foi realizada também observação nos locais (estrutura física, instrumental, equipamentos); Dados secundários: Dados dos serviços, fichas clínicas, protocolos.	Matriz avaliativa com as seguintes variáveis: população do município/população total da amostra; IDH; mortalidade infantil; percentual de analfabetismo em crianças de 7-14 anos; intensidade de pobreza; estratégias de territorialização; cobertura; sistema de referência e contra referência; reuniões em equipe; ações em equipe; intersectorialidade; ações individuais; ações coletivas; diagnósticos epidemiológicos; avaliação; relações de trabalho; documentação; estrutura observada. Estas variáveis foram categorizadas como Satisfatórias, Pouco satisfatórias ou insatisfatórias.	<p>As relações de trabalho dos profissionais com os municípios: A precarização das relações de trabalho, alto percentual de contratos temporários ou contratos informais (47,4%); 80% dos dentistas têm contrato de 40 horas semanais de trabalho, e 40% destes não cumprem a carga horária. Analisando os dados relativos à remuneração dos dentistas, constatou-se que 25% deles recebiam menos de R\$ 1.324,00; 50% recebem menos de R\$ 1.800,00; 25% recebem entre R\$ 1.800,00 e R\$ 2.800,00 e apenas 25% recebem acima de R\$ 2.800,00;</p> <p>Acesso da população aos serviços de saúde bucal: De um modo geral, observou-se que o modelo assistencial desenvolvido pela saúde bucal ainda tem nós críticos com relação ao referenciamento para a atenção secundária e terciária,</p> <p>Organização do trabalho: Com relação à realização de reuniões para avaliação e planejamento das ações da ESF e ao desenvolvimento de ações articuladas entre a ESB, a maioria dos municípios foi classificada como satisfatória.</p> <p>Estratégias de programação: apenas um município foi classificado como satisfatório por ter realizado um diagnóstico situacional pelo cirurgião-dentista. A maioria dos municípios ou não realiza esses diagnósticos (insatisfatórios), ou, quando os realiza, eles não são instrumentos de trabalho dos dentistas;</p> <p>A pesquisa documental: Alguns municípios já estão tentando registrar suas ações e suas programações em saúde bucal, ainda que de forma incipiente, oriunda da iniciativa isolada dos atores (profissionais e gestores) envolvidos no processo de mudança do modelo assistencial; Aspectos da observação estruturada: Oito unidades visitadas foram classificadas como insatisfatórias; observou-se a falta de instrumental clínico em várias delas; Apenas duas unidades foram classificadas como adequadas com relação à estrutura de atendimento à população.</p>	Grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no Programa Saúde da Família. Do total de 19 municípios, nove foram classificados como insatisfatórios. Apenas cinco municípios apresentaram um perfil satisfatório e, nestes, foram observados avanços mais significativos, principalmente com relação à questão da intersectorialidade. Os municípios classificados com um perfil insatisfatório ou pouco satisfatório apresentam IDH-M baixo ou médio e encontram-se distribuídos em todas as unidades regionais de saúde pública do Rio Grande do Norte. Nesse sentido, os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas. Ademais, refletem as limitações acerca do entendimento da saúde apenas como oferta de serviços.

Título do artigo: Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Lima et al., (2009)	Verificar se a incorporação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família gerou uma maior utilização dos serviços odontológicos no Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.	Natal Rio Grande do Norte, 2006	Ensaio comunitário, quase randomizado, longitudinal individualizado.	8.280 pessoas. Foram comparadas áreas cobertas pela saúde bucal no PSF (modelo 1) com áreas cobertas por unidades de PSF porém sem saúde bucal (modelo 2) e com áreas cobertas por unidades básicas de saúde tradicionais ou sem nenhuma cobertura (modelo 3).	Dados primários: Questionário aplicado por ASB previamente treinadas.	Dados digitados em banco de dados construído para esta finalidade. Considerando o modelo teórico do estudo, as variáveis independentes e o desfecho foram devidamente trabalhados no sentido de comporem um modelo de análise estratificada. Nesse sentido, os efeitos da intervenção, ajustados para todas as variáveis de confusão, foram observados no principal desfecho com base no teste do qui-quadrado e sua magnitude verificada pelo cálculo da razão de prevalência (RP), ajustada para cada estrato e seus respectivos intervalos de confiança. Considerou-se como nível de significância para este estudo o limite de $\alpha = 0,05$.	*4.604 referiram necessidade de tratamento no último ano. Desse universo, 2.297 entrevistados pertenciam às áreas com cobertura da ESB na ESF e o restante às áreas com modelo tradicional ou sem cobertura; *Nos resultados obtidos neste estudo, o percentual de entrevistados que compõem o grupo “não-assistido”, independentemente do modelo de assistência odontológica, ultrapassava 63%; *Nas áreas com ESB/ESF (modelo 1) a “desassistência” esteve presente em 68% dos indivíduos; este percentual foi de 54,6% nas áreas cobertas pelo modelo 2. Isso se traduziu em uma razão de prevalência ajustada, quando comparados os dois modelos, de 0,71, indicando um “efeito protetor” nas áreas cobertas pela ESB. No entanto, quando se compara o modelo 1 com o modelo 3, a RP para a desassistência foi de 1,84 (IC95%: 1,60-2,13; $p < 0,001$), indicando maior probabilidade de não obter assistência odontológica para os indivíduos residentes nas áreas relacionadas ao modelo 3	A saúde bucal no PSF apresenta impacto positivo sobre o indicador avaliado somente quando comparada com áreas sem cobertura.

Título do artigo: Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo							
Objetivos	METODOLOGIA					Resultados	Conclusões
	Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento	Análise dos dados		
<p>Almeida; Ferreira; Fernandes, (2008)</p> <p>Verificar a incorporação de práticas preventivas e educativas e a existência de instrumentos de avaliação dessas atividades em nível individual e coletivo, desenvolvidas pelo cirurgião-dentista no contexto do Programa Saúde da Família (PSF).</p>	<p>Março de 2006, Natal, Rio Grande do Norte.</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo</p>	<p>91 cirurgiões-dentistas inseridos nas ESB do PSF. Foram excluídos os CD com menos de 6 meses de serviços no PSF.</p>	<p>Dados primários: Questionário estruturado com questões objetivas e subjetivas. *Questões sobre as atividades preventivas e educativas realizadas pelos profissionais em nível individual e coletivo. Dados secundários: SIA/SUS e SIAB</p>	<p>Os dados foram apresentados e analisados através de números absolutos e percentuais. Os dados percentuais das atividades individuais e no grupo dos escolares foram calculados a partir do total de dentistas entrevistados (n = 80). Entretanto, as atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar, com a comunidade e os demais grupos (gestantes, bebês, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos) apresentaram como base de cálculo o total de dentistas em cada grupo, e não o total de entrevistados. Para os dados do SIA-SUS e SIAB, foi feita proporção entre os procedimentos considerando como denominador o total dos registros no ano de 2006. Realizou-se, ainda, comparação descritiva com os dados da análise documental.</p>	<p>*A atividade individual aplicação tópica de flúor foi destacada por 95% dos dentistas e a orientação de higiene bucal, por 87,5%;*As atividades preventivas no nível coletivo são realizadas em grupos, sendo o público alvo formado, principalmente, por escolares (91,2%); * as atividades educativas nas escolas, citadas por 86,2% dos dentistas, são principalmente palestras (61,2%); * visita domiciliar e os grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos foram referidos por um pouco mais da metade dos dentistas. Entretanto, de forma menos frequente, foram relatadas ações em grupos na comunidade e nos diferentes espaços sociais (18,7%); *46,5% citaram a orientação voltada aos acamados/idosos e indivíduos sem locomoção; 27,9%, a mães e recém-nascidos; 13,9%, a gestantes, e 11,63% não especificou grupo. No que se refere às atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar, dez dentistas relataram fazer orientação de higiene bucal e dieta (23,3%); cinco (11,6%) avaliam as condições e hábitos de vida, evidenciando a orientação sobre saúde geral. Além disso, o câncer de boca e estímulo ao autoexame foi referido por apenas 7%. Quanto à utilização de instrumentos de avaliação para verificar mudanças ou impacto nos indivíduos ou grupos. beneficiados com as ações, a maioria dos dentistas relatou a inexistência de instrumentos avaliativos (73,7%), enquanto 15% relataram anotar algo na ficha ou prontuário/livro, 7,5% utilizaram o índice 0,1,2 e 3,7% realizaram o índice CPO-D/ceo-d.</p>	<p>Constatou-se que as práticas preventivas se direcionam à cárie dentária, com maior atenção aos escolares, sendo necessária ampliação para diferentes problemas bucais, grupos e espaços sociais.</p>

Título do artigo: Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico								
	Objetivos	METODOLOGIA					Resultados	Conclusões
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento	Análise dos dados		
Nascimento et al. (2009)	Avaliar as mudanças nas práticas de saúde bucal após a implementação da Estratégia Saúde da Família em duas cidades brasileiras.	Estudo realizado entre agosto e outubro de 2006, nas cidades de Campinas e Curitiba.	Estudo Qualitativo	58 cirurgiões-dentistas atuantes na ESF há pelo menos três anos: *Campinas, SP, 34 profissionais; *(Curitiba, PR, 24 profissionais	Método Paidéia: indicadores analíticos visando avaliar retrocesso, estagnação ou progresso nas práticas de saúde bucal que tiveram efeito a partir da implantação das estratégias em estudo. Os indicadores utilizados foram: processo de trabalho, interdisciplinaridade, territorialização, qualificação dos trabalhadores, promoção da saúde, resolutividade às demandas dos usuários	Utilizado o método da hermenêutica-dialética	Houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais nas duas cidades	Os dois modelos apresentam importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização do cuidado em saúde. Não obstante, o direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente nas duas cidades. Os gestores locais dos serviços de saúde e os coordenadores municipais de saúde bucal, devem atuar com maior intensidade ao definir prioridades em políticas públicas de saúde local.

Título do artigo: Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População / Amostragem	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento			Análise dos dados
Loivos et al. (2010)	Descrever índices pactuados pelo Município de Mesquita e pelo Estado do Rio de Janeiro e compará-los com acesso às ações de saúde bucal de famílias cadastradas no PSF em Mesquita	Mesquita, RJ.	Análise descritiva de dados obtidos de 2001 a 2007	Serviços de SB de Mesquita	Fonte: dados secundários: SAI SUS, Dados: Cobertura de 1ª consulta odontológica; Cobertura de escovação supervisionada; Média procedimentos básicos e especializados individuais; Percentual de cobertura PSF.	Descritiva	Os dados a seguir se referem tanto ao município de Mesquita quanto ao Estado do RJ, quando comparados: Os dados de 1º consulta odontológica, Cobertura de escovação dental coletiva supervisionada, média de procedimentos odontológicos especializados individuais e Percentual de população coberta pelo PSF apresentaram incremento tímido na série histórica entre 2001 a 2007. * Média de procedimentos odontológicos individuais apresentou declínio na referida série histórica	Verificou-se baixa cobertura dos indicadores em ambos. A saúde bucal deve ser inserida nas estratégias de Atenção Primária à Saúde, sendo necessário construir e/ou reforçar programas que promovam melhoria da qualidade de vida.

Título do artigo: Associação de Indicadores de Produção Odontológica e de Condição Sócio Sanitária na Atenção Básica de João Pessoa – PB								
	Objetivos	METODOLOGIA					Resultados	Conclusões
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento	Análise dos dados		
Cavalcanti et al. (2011)	Analisar a associação de indicadores de produção odontológica e de condição sócio sanitária na Atenção Básica de João Pessoa-PB.	João Pessoa, PB. 1º semestre de 2008	Ecológico	João Pessoa, PB	Coletou-se, dos cinco Distritos Sanitários (DS) de João Pessoa, os indicadores de produção odontológica (Primeira Consulta Odontológica Programática – PCOP; Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada – ACES; Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais – POI; e razão do número de Exodontias sobre POI - EXO/POI) e os indicadores de condições sócio sanitárias (tratamento e abastecimento de água, destino do lixo, esgoto, tipo de casa e alfabetização aos 15 anos). As informações foram coletadas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).	Para testar a hipótese de que a condição Sócio-sanitária influencia sobre os indicadores de produção odontológica, utilizou-se o teste estatístico de Kruskal-wallis.	*Melhor condição sócio sanitária e melhores indicadores de produção odontológica foram observados para os DS com maior cobertura; *Verificou-se que os indicadores de produção não acompanharam a mudança da condição sócio sanitária, o que sugere a ausência de associação entre os indicadores	*Os indicadores sócio sanitários não influenciam a oferta de atenção em saúde bucal. *Não foi encontrada associação significativa entre a condição sócio sanitária e a oferta de serviços odontológicos

Título do artigo: Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Bueno, Cordoni Júnior e Mesas (2011)	Descrever e analisar o desenvolvimento dos indicadores utilizados para se identificar fortalezas e deficiências de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná.	Novembro de 2006 a julho de 2007. Município de Cambé no Paraná. (Seleção de conveniência)	Estudo de caso histórico-organizacional. Para o planejamento da avaliação foi desenvolvido o modelo-lógico do serviço. Para tanto, foram coletadas informações a partir da triangulação de métodos (entrevistas, análise documental e observação).	Primários: entrevistas com profissionais das USF de Cambé; Secundários: análise de banco de dados; observacional dos serviços locais	Foi desenvolvida uma matriz que apresenta dimensões de análise, critérios, indicadores, pontuações, parâmetros e fontes de informações. Três oficinas de trabalho foram realizadas com profissionais do serviço local visando melhor adequação do modelo-lógico e da matriz à realidade do serviço.	O instrumento abrange 2 dimensões 1° sujeitos (profissionais) sendo avaliados por 4 variáveis; 2° Organização dos serviços avaliadas por 9 variáveis). O instrumento pode avaliar os serviços nas duas dimensões, por meio de escores 0,1,2,3 que representam respectivamente: Crítico, regular, aceitável e satisfatório.	Matriz de avaliação dos serviços das USF de Cambé. Na primeira dimensão, quatro critérios foram considerados: 1) Uso do protocolo; 2) Adequação do quadro técnico às necessidades do serviço; 3) Integração da equipe; e 4) Adesão dos agentes às práticas. Para a segunda dimensão foram considerados oito critérios: 1) Cobertura de primeira consulta odontológica programática; 2) Proporção de procedimentos odontológicos básicos individuais; 3) Cobertura de ação coletiva da escovação dental supervisionada; 4) Diagnóstico territorial; 5) Atendimento domiciliar; 6) Atendimento às gestantes; 7) Atendimento às famílias; 8) Atendimento aos indivíduos.	A metodologia utilizada proporcionou uma avaliação formativa ao privilegiar a participação dos sujeitos no processo de planejamento da avaliação. Houve consenso entre os pesquisadores e demais envolvidos no estudo de que a avaliação de um serviço público de odontologia deve ser abrangente e realista para atingir seus objetivos. Destacou-se a importância da utilização de indicadores desenvolvidos com a participação dos trabalhadores do serviço de odontologia a ser avaliado, além dos indicadores propostos pelo MS e de outros tradicionalmente encontrados na literatura.

Título do artigo: Avaliação de Usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Cavalcanti et al. (2012)	Avaliar a percepção de usuários da Atenção Básica quanto à implantação do Protocolo de Assistência Integral Odontológica (PAIO) e o efeito desse programa sobre a condição de saúde bucal, higiene oral, acesso e resolutividade do serviço, em uma unidade de saúde de João Pessoa-PB.	O local de realização do estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Timbó I, vinculada ao Distrito Sanitário III da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. (Seleção de conveniência) realizado entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011.	Estudo de intervenção. Foi utilizada a técnica da pesquisa-ação, na qual se aplicou a observação direta extensiva e intensiva	32 usuários da USF (9,6%) que aceitaram participar da implantação do PAIO	A amostra foi composta por 32 voluntários, para os quais foi programada uma intervenção de seis fases: diagnóstico das necessidades odontológicas; resolução de urgências; realização de intervenções restauradoras; aplicação de medidas promocionais; avaliação do nível de saúde obtido e controles periódicos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e formulário, aplicado antes e após a implantação do PAIO	Todos os dados quantitativos foram tabulados e analisados por estatística inferencial e descritiva pelo teste de Wilcoxon. A percepção qualitativa dos sujeitos do estudo sobre a implantação do PAIO foi analisada pela Técnica de Análise de Conteúdo.	Para os participantes que concluíram o PAIO (n=20), este contribuiu para melhorar a condição (100%) e o conhecimento (100%) em Saúde Bucal. Os usuários indicaram satisfação (n=12) e avaliação positiva (n=12), alcançadas por meio da melhoria da condição de saúde bucal (n=8), tratamento mais rápido e de fácil acesso (n=7), agendamento e garantia de atendimento (n=6), acolhimento (n=5), motivação para o cuidado (n=5), e perspectiva de continuidade do PAIO (n=6). A avaliação inicial dos usuários apresentou escores entre 5,7 e 7,6. Após implantação do PAIO, a percepção foi melhorada ($p<0,01$), com escores entre 9,6 e 9,9	Segundo os usuários, a implantação do PAIO contribuiu para a qualificação do serviço de saúde e dos cuidados em saúde bucal, favorecendo a ampliação do acesso e da resolutividade.

Título do artigo: A Programação Linear na avaliação do desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária

	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento		
Collussi, Calvo e Freitas (2013)	Demonstrar o uso da Programação Linear na avaliação do desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária a partir de estudo realizado em municípios catarinenses com mais de 50 mil habitantes.	2009, 19 municípios catarinenses com população acima de 50.000 habitantes	Metodo lógico	19 municípios catarinenses com população acima de 50.000 habitantes que participaram de uma avaliação dos serviços de Saúde Bucal	Dados primários: Aplicação de modelo de avaliação proposto por Colussi; Dados secundários: DATASUS, SAI, IBGE.	<p>Descritivo. O modelo de avaliação utilizado era composto por 40 indicadores, que, depois de calculados em planilha eletrônica no Microsoft Excel 2007, foram convertidos para o intervalo [0,1], em ordem crescente (zero indicando a pior situação e 1, a melhor). Utilizando-se a técnica de Programação Linear, os municípios foram avaliados, de acordo com seu desempenho, em comparação aos demais municípios, a partir de uma curva de desempenho ótimo, denominada "fronteira de qualidade observada", de modo que a qualidade dos municípios que estavam nessa fronteira foi considerada ótima, o que não ocorreu com os demais municípios. Os indicadores foram agregados, constituindo indicadores sintéticos.</p> <p>*Infraestrutura: três municípios na fronteira de qualidade, esta foi a que ficou com pior média dentre as subdimensões de Gestão; *A dimensão Provimento: apresentou desempenho ligeiramente superior na subdimensão "promoção e prevenção" (média=0,425) do que na subdimensão "diagnóstico e tratamento" (média=0,416); *Gestão: há dois municípios na "fronteira de qualidade observada" (M4 e M10), enquanto que, na dimensão de Provimento, há apenas um (M7); * Gestão e do Provimento: três municípios na fronteira de qualidade compondo essa fronteira, sendo os pontos mais distantes da origem e correspondentes às melhores combinações entre as duas medidas finais.</p>	A utilização da Programação Linear para a classificação dos municípios a partir de desempenhos ótimos é uma alternativa viável de análise possibilitando a identificação dos pontos nos quais os gestores municipais devem aperfeiçoar suas ações e a observação sobre seu desempenho em relação a municípios semelhantes.

Título do artigo: Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento			Análise dos dados
Pimentel <i>et al.</i> (2014)	Analisar os indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco, segundo as variáveis porte populacional, proporção da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e relação entre ESF e ESB.	Pernambuco, 2008 estudo realizado em 185 municípios.	Foi realizado um estudo ecológico, com a utilização de dados Secundários. Foram utilizadas informações relativas ao acesso e aos serviços de atenção básica à saúde bucal, caracterizadas pelos indicadores, a fim de identificar o tipo de atenção adotada no Estado de Pernambuco	185 municípios do estado de Pernambuco	Dados secundário: IBGE, SIA- SUS *No SAI-SUS foram selecionados número de 1ª consulta odontológica programada, Ação coletiva de escovação dental supervisionada, Exodontias de dente permanente e média de procedimentos odontológicos individuais.	Os municípios foram agrupados em portes populacional Grande porte, Médio porte, Pequeno porte. * Na fase de análise dos dados, procurou-se verificar a relação entre os indicadores de saúde bucal e variáveis como porte populacional, proporção da população cadastrada no SIAB e relação ESF x ESB; * análise dos dados pelo programa Epi-Info 3.5.1®, utilizando-se os testes estatísticos ANOVA e Kruskal Wallis, a fim de verificar diferenças entre as médias dos indicadores e as variáveis citadas	Os resultados mostraram que o porte populacional dos municípios demonstrou estar relacionado com o desempenho de alguns indicadores: municípios de grande porte apresentaram menores valores para proporção de exodontias ($p=0,0006$). A organização das equipes de saúde bucal foi outro aspecto discutido neste estudo, observando-se que quanto maior a cobertura e quando a relação entre as equipes era 1:1, mais favoráveis eram os indicadores de primeira consulta odontológica, escovação supervisionada, média de procedimentos odontológicos individuais e proporção de exodontias, todos apresentando diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$).	* Aspectos demográficos, de cobertura da estratégia e de relação proporcional das equipes influenciam o desempenho de indicadores em saúde bucal em municípios do Estado de Pernambuco. * Pernambuco convive, atualmente, com distintas formas de assistência à saúde bucal, fato observado por meio das diferenças entre os indicadores dos municípios; * municípios de grande porte apresentaram, em média, menores valores para a proporção de exodontias;

Título do artigo: Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro								
	Objetivos	METODOLOGIA					Resultados	Conclusões
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento	Análise dos dados		
Scarpato et al. (2015)	Avaliar o impacto da atual Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente (PBS), sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro,	RJ	Ecológico	92 municípios	Dados secundários: IBGE, Ministério da Saúde, SAI-SUS, FUNASA,	ANÁLISE DESCRITIVA 1° parte: Análise descritiva da evolução de proporção de municípios que aderiram a PNSB; 2° parte: Análise do perfil dos municípios estudados categorizando os por porte populacional. 3° parte: Análise dos procedimentos conforme os portes populacionais.	*Incremento expressivo na implantação das ESB e dos CEO, bem como na fluoretação da água, *Municípios de pequeno porte foram aqueles que mais implantaram equipes de saúde bucal; *Apesar da expansão das ESB a cobertura é baixa; * Queda no n° de exodontias, Aumento no n° de procedimentos coletivos e de 1° consulta.	Ampliação na oferta e provisão de serviços odontológicos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro a partir de 2004, principalmente da atenção primária, através da inserção das equipes de saúde bucal na ESF; e da atenção secundária, por meio da abertura de Centros de Especialidades Odontológicas *Aumento na provisão de serviços por habitante, porém de forma desigual segundo o porte demográfico dos municípios; * Necessidade de aumentar a cobertura dessas equipes, a fim de construir uma rede de cuidados mais ampla; * necessidade de que a PNSB seja pensada de forma regionalizada.

Título do artigo: Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro								
Referência	Objetivos	METODOLOGIA					Resultados	Conclusões
		Local / Data	Tipo de estudo	População / Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento	Análise dos dados		
Júnior <i>et al.</i> (2015)	Analisar a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores em saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB em Fortaleza, CE.	Fortaleza, Período de outubro de 2013 a março de 2014.	Estudo exploratório-descritivo Com abordagem em Qualiquantitativa.	137 CDs da ESF do município de Fortaleza, inseridos nas seis regionais de saúde.	Dados primários: Questionário contendo três partes, a saber: perfil dos CDs da ESF; Percepção acerca dos indicadores de desempenho; e percepção acerca dos indicadores de monitoramento. O questionário era composto por 37 perguntas, sendo 23 questões fechadas e 14 questões abertas; Dados secundários: Obtenção de informações acerca do cadastro dos CDs da ESF no (SCNES), da população geral do município de Fortaleza, Ceará, no (IBGE) (Datusus).	Análise estatística descritiva e utilização do programa para sua consolidação e análise estatística, o software Statistica I Package for Social Science for Windows (SPSS).	*Caracterização dos profissionais: 76% (n=104) sexo feminino 75% (n=57) possuíam dois vínculos (público x privado); 93,4% (n=128) possuíam pós-graduação; *Pertinência dos indicadores de SB: Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada: 94,9% (n=130) acham indicador importante; Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática, 91,2% (n=125) consideraram esse indicador importante; Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, 93,4% (n=128) dos CDs consideraram esse indicador importante; Proporção de Instalação de Próteses Dentárias na ESF, 75,2% (n=103) dos CDs responderam ser importante Cobertura de Atendimento Odontológico à Gestante, 89,1% (n=122) dos CDs consideraram esse indicador importante; Média de Atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante: Para 89,8% (n=123) deles, eram importantes, Taxa de Incidência de Alterações na Mucosa Oral de usuários atendidos pelas ESB. Cerca de 92% (n=126) dos entrevistados consideraram importante	A desmotivação, a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, o abandono do tratamento por parte do paciente, a cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico e a insegurança do profissional no manejo clínico relacionado à prótese dentária, ao atendimento à gestante, ao atendimento à urgência odontológica e ao diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários foram problemas identificados na operacionalização desses indicadores e mencionados como interferência para o cumprimento de suas metas.

Título do artigo: Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População / Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento			Análise dos dados
Martins et al. (2016)	Propor um modelo de instrumento para a avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal da criança.	Santa Catarina. 2013	Metodológico	Amostra não probabilística de 18 municípios, sendo dois por macrorregião	Os dados primários foram provenientes das Secretarias Municipais de Saúde, com base em um instrumento de coleta de dados on-line, utilizando-se o software FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php), DATA SUS, Instrumento: A matriz avaliativa foi composta por 2 dimensões, 4 subdimensões e 18 indicadores, sendo 9 indicadores para cada dimensão.	Modelo de instrumento	O marco conceitual para a elaboração da matriz avaliativa foi composto por estudos de avaliação de serviços de atenção à saúde bucal no Brasil e em outros países, e levantamento e revisão das políticas públicas vigentes relacionadas à saúde da criança no Brasil. A qualidade da gestão municipal na atenção básica da saúde bucal infantil foi avaliada sob duas dimensões: Gestão e Provimento. Na primeira, foram dispostas duas subdimensões: articulação e recursos, e na segunda, mais duas subdimensões: promoção e prevenção, e diagnóstico e tratamento. A matriz de avaliação ficou composta por nove indicadores na dimensão de Gestão e nove na dimensão de Provimento. Os indicadores foram elaborados em oficinas com especialistas.	Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal infantil proposto, demonstrou ser aplicável em municípios com diferentes características e portes populacionais. Contemplou, com base em um modelo teórico lógico, a gestão em seus aspectos de articulação e de recursos, e a dimensão de Provimento da atenção, focada na promoção da saúde e prevenção de agravos, além do diagnóstico e tratamento das principais doenças bucais.

Título do artigo: Oral health assessment protocol in primary care								
	Objetivos	Metodologia				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/instrumento			Análise dos dados
Moimaz <i>et al.</i> (2015)	Analisar o desempenho do serviço de saúde bucal em um determinado município e também desenvolver um protocolo de avaliação diagnóstica de Saúde Bucal em Atenção Primária.	Pereira Barreto, SP	Quali-quantitativo descritivo	Os serviços de saúde bucal do município de Pereira Barreto	Dados primários: Inquérito aplicado a 6 CD, 6ASB e 6ACS das 6 ESF existentes e do Coordenador de Saúde Bucal em pereira Barreto. Pesquisa documental: Plano municipal de saúde e observação in loco. Variáveis: Infraestrutura odontológica, regulação do acesso, organização e avaliação do processo de trabalho	. O estudo é estritamente descritivo observacional.	O município oferta serviços de saúde bucal com integração entre atenção básica e especializada, sendo a atenção básica ordenadora da rede. O Plano Municipal de Saúde apresenta descrição detalhada da situação geral do município; a agenda de saúde bucal preconizada em fase de implantação contempla os três eixos de atuação da Estratégia Saúde da Família: unidade de saúde, família e comunidade. O inquérito identificou que a principal forma de acesso da população aos serviços era a demanda espontânea; havia duas equipes de Saúde da Família sem equipes de Saúde bucal	A análise do funcionamento do serviço possibilitou desenvolver um protocolo com dimensões específicas de Saúde Bucal para subsidiar o gestor na definição de estratégias de intervenção

Título do artigo: Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Silveira et al. (2016)	Avaliar o potencial de efetividade de estratégias de Promoção da Saúde Bucal (PSB), desenvolvidas por equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais e macrorregiões brasileiras	Abril a dezembro de 2013 nas 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal.	Avaliação	Cirurgiões-dentistas atuando há pelo menos um ano na rede de APS e envolvidos com estratégias de PSB.	Foram entrevistados 1.848 cirurgiões-dentistas (1.819 respostas válidas) atuantes em equipes de 26 capitais e do Distrito Federal. Utilizou-se a Ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal, composta de 23 indicadores, reunidos em três dimensões: saúde bucal, políticas públicas saudáveis e desenvolvimento humano e social. As respostas foram ordenadas em uma escala tipo Likert (1 a 5). O escore final para cada unidade amostral obteve uma variação de 23 a 115, sendo que valores maiores do escore indicam maior potencial da estratégia em promover a saúde bucal.	Análise exploratória, descritiva e comparativa. Utilizando-se para análise de variância o teste ANOVA	Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as unidades geopopulacionais analisadas quanto ao objeto estudado. As regiões Sudeste e Sul apresentam desempenhos superiores quanto às estratégias de PSB adotadas frente às demais regiões do Brasil ($p \leq 0,01$). As cidades com melhores desempenhos na avaliação do potencial de efetividade, com escore final igual ou maior que 75, foram: Rio de Janeiro, João Pessoa, Fortaleza, Belo Horizonte, Palmas e São Paulo. As cidades com piores desempenhos foram: Boa Vista, Belém, Maceió, Macapá, Brasília e Cuiabá.	As estratégias de PSB identificadas no estudo foram heterogêneas, com melhores resultados favorecendo as regiões do Sul-sudeste e desvantagens para as pessoas que vivem nas capitais do Centro-Norte-Nordeste do Brasil. São necessários esforços objetivando qualificar equipes de APS, sobretudo para as regiões desfavorecidas. Para isso, é fundamental um alinhamento de estratégias de PSB aos princípios e valores da promoção da saúde, orientados para os determinantes sociais da saúde (DSS) e combate as iniquidades em saúde bucal.

Título do artigo: Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica								
	Objetivos	METODOLOGIA				Resultados	Conclusões	
		Local / Data	Tipo de estudo	População /Amostra	Fonte de dados e forma de coleta/ instrumento			Análise dos dados
Colussi e Calvo (2011)	Apresentar o modelo desenvolvido para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal e testar a sua aplicabilidade em municípios catarinenses de diferentes portes.	Agosto a outubro de 2007 293 municípios de SC, 207 efetivamente participaram.	Metodológico	Não cálculo de amostra. Foi aplicado a todos os municípios do estado de Santa Catarina.	Modelo tem duas dimensões – Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. A primeira é composta pelas subdimensões “Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura”. A segunda tem as subdimensões de “Promoção e Prevenção e de Diagnóstico e Tratamento”, no ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso). Foram elaborados 40 indicadores em oficinas com um grupo de experts	Os dados dos formulários foram digitados no programa Excel, e foram submetidos a um controle de consistência e Análise estatística exploratória.	<p>_Intersetorialidade:</p> <p>*muitas escolas ainda não fazem o controle de alimentos na cantina;</p> <p>* maioria dos municípios tenha apresentado valor acima da média estadual de 62%;</p> <p>*vigilância dos teores de flúor” está sendo realizada em 68% dos municípios;</p> <p>Os procedimentos odontológicos da atenção básica que constam na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) não dão conta da totalidade dos problemas de saúde bucal da população;</p> <p>Encontrou-se uma média de 2,9% de investimento em saúde bucal do total investido na saúde</p>	O modelo mostrou-se não só aplicável como de grande utilidade para municípios de diferentes portes, possibilitando a identificação dos pontos nos quais os gestores municipais devem aperfeiçoar suas ações em saúde bucal.

2.8.3 Estudos internacionais sobre avaliação de serviços de saúde bucal na APS

Foram selecionados 13 estudos internacionais (QUADRO 4) e nenhum deles avaliou os serviços odontológicos categorizando-os ou ranqueando-os. A maioria dos trabalhos relataram os serviços odontológicos britânicos onde os prestadores são profissionais credenciados pelo National Health Service para realização dos serviços, são os chamados PDS-Personal dental services (QUADRO 4).

Quadro 4- Estudos de avaliação de serviços internacionais

Autor (es) e ano de publicação	Objeto da avaliação
Nasseb, Croucher, Watt (1996)	Implantação de programa de qualidade dos serviços odontológicos comunitários de Londres
Grytten, Rogen (2000)	Avaliar a produtividade dos serviços odontológicos da Noruega
Öcek <i>et al.</i> (2003)	Avaliar o efeito de serviço odontológico na atenção primária com parteiras na Turquia
Freire (2003)	Relatar a atividade do programa de atenção odontológica infantil- PADI no país Basco
Hall <i>et al.</i> (2003)	Avaliar as diferenças entre os serviços odontológicos do <i>Personal Dental Service- PDS</i> e <i>Professionals Complementary to Dentistry- PCDs</i> .
Hill <i>et al.</i> (2003)	Avaliação dos serviços odontológicos britânicos mediante percepção de usuários
Cortés <i>et al.</i> (2003)	Avaliação de programa de atenção odontopediátrico
Best e Newton (2005)	Avaliar os serviços do PDS britânico
Hyde, Weintaub, Satariano (2005)	Avaliação do programa odontológico assistencial de São Francisco USA.
Newton <i>et al.</i> (2006)	Avaliar as experiências dos profissionais da atenção primária dos serviços PDS britânico
Kateeb (2007)	Relatar o programa de triagem odontológica na Cisjordânia
Rowan <i>et al.</i> (2013)	Relato de um processo de avaliação de um consultório odontológico de rua no Canadá.
Pizarro, Valenzuela (2014)	Avaliação do nível de conhecimento em SB dos profissionais das equipes de saúde em Valparaíso Chile

Alguns autores se propuseram a descrever ou avaliar programas odontológicos implantados (NASSEB, 1996; OCEK, 2003; FREIRE, 2003; CORTÉS, 2003). Os serviços odontológicos da Noruega foram avaliados segundo a produtividade dos profissionais com utilização de dados secundários (GRYTEN, 2000). Já os serviços odontológicos ingleses foram avaliados segundo alguns padrões de qualidade propostos pelos profissionais daqueles serviços (NASSEB, 1996), avaliado também segundo o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais dos distintos serviços *Personal Dental Service- PDS* e *Professionals Complementary to Dentistry- PCDs* segundo suas práticas (HALL, 2003). Há também estudo de avaliação da qualidade dos serviços odontológicos ofertados na Inglaterra segundo a percepção de usuários (HALL, 2003). Na Espanha, foi encontrado dois estudos de avaliação, um sobre a implantação de um programa de atenção odontológico pediátrico na cidade de Navarra (FREIRE, 2003) e outro de avaliação do impacto deste programa odontopediátrico implantado na cidade de Navarra (CORTÉS, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a gestão da atenção em saúde bucal nas subdimensões infraestrutura, recursos humanos, participação popular e atuação intersetorial em municípios do estado de Minas Gerais

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos gestores de saúde bucal dos municípios de Minas Gerais

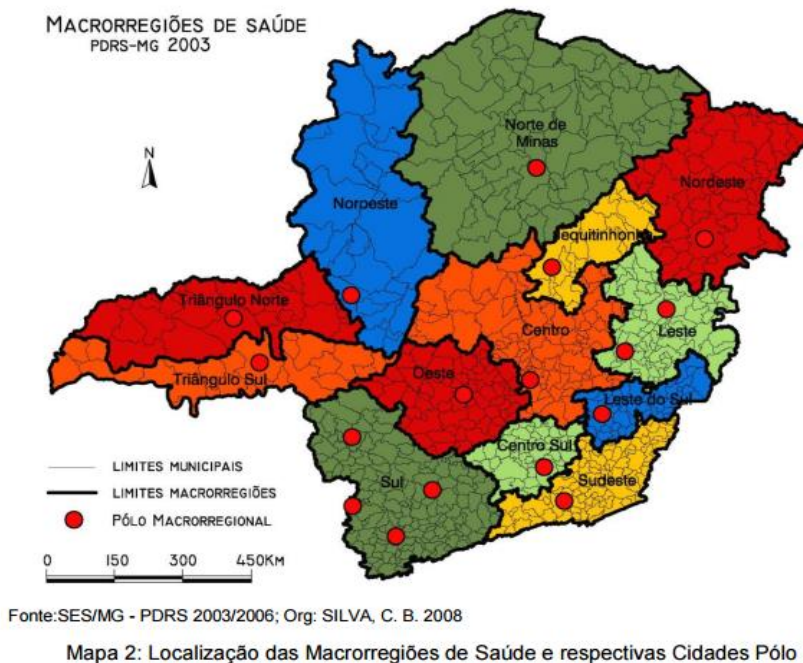
- Avaliar a associação entre qualidade da gestão da atenção em saúde bucal e porte populacional, características socioeconômicas e dos serviços de saúde bucal do município, perfil do gestor e característica da gerência dos serviços de saúde bucal nos municípios de Minas Gerais

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo ecológico, realizado nos municípios do estado de Minas Gerais no ano de 2017.

4.2 Local do estudo



O estado de Minas Gerais, localizado na região sudeste do Brasil, possui uma área de 586.522.111 km², onde habitam 20,5 milhões de pessoas, sendo que quase seis milhões desse total vivem na região metropolitana de Belo Horizonte. Esse quantitativo populacional torna esse estado o segundo mais populoso do Brasil, atrás somente de São Paulo.

A economia de Minas Gerais é caracterizada, principalmente, pela atividade mineradora, sendo o principal estado do país nesse setor (IBGE, 2017). O estado está subdividido conforme o plano diretor de regionalização da Saúde em 13 regiões ampliadas de saúde. O número de municípios com Equipes de Saúde da Família implantadas no ano de 2016 foi de 839, sendo que para o estado o teto de ESF poderia chegar até 9928, conforme DATA/SUS. No ano de 2016, haviam 5961 ESF cadastradas pelo Ministério da Saúde sendo que cerca de 5600 estavam implantadas em janeiro de 2018. Este número de ESF corresponde à cerca de 60%

de cobertura de população no estado. Quanto às ESB, no ano de 2016 havia 2868 ESB modalidade tipo I credenciadas pelo Ministério da Saúde e somente 2181 implantadas. As ESB modalidade II credenciadas pelo Ministério da Saúde totalizavam 1050 e somente 697 implantadas. Em janeiro de 2018, o estado contabilizou 3355 ESB implantadas. A cobertura real no estado no ano de 2018 das ESF foi de 80,1% enquanto que a cobertura real de ESB foi de 49,15% (DATA/SUS, 2018).

Estudo realizado nos 853 municípios do estado de Minas Gerais.

4.3 Coletas de dados

Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico criado pelo autor do estudo (APÊNDICE A). O instrumento de coleta de dados primários estava conformado primeiramente com uma apresentação do pesquisador e orientação sobre a pesquisa, seguido pelo termo de consentimento livre esclarecido, identificação do município respondente, subdimensões de gerência em saúde bucal, recursos humanos, atuação intersetorial, participação popular, infraestrutura, provimento da atenção em saúde bucal conforme os ciclos de vida da criança, adolescente, adulto e idoso e por fim campo para opinião ou sugestões. Os questionários foram enviados por e-mail aos coordenadores municipais de saúde bucal ou responsáveis pelo serviço de saúde bucal dos 853 municípios, os contatos destes e-mails bem como contatos telefônicos foram disponibilizados pela SES/MG através das referências técnicas em saúde bucal das Superintendências Regionais de saúde distribuídas pelo estado de Minas Gerais. O questionário eletrônico foi construído empregando-se a plataforma Form SUS, acessada pelo *link*: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=35008. O primeiro item do questionário foi o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foram também obtidas informações em base de dados secundários por meio de consultas aos sistemas de informação e/ou dados públicos. Os contatos (e-mail e número de telefones) dos gestores foram fornecidos pelos profissionais referência técnica em saúde bucal das 28 regionais de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG). Os contatos dos profissionais referência técnica foram fornecidos pela Coordenação Central da Diretoria de Saúde Bucal da SES/MG. Ligações telefônicas para os gestores dos serviços de saúde bucal dos municípios, posteriormente ao envio do

questionário eletrônico foram realizadas buscando alcançar maior taxa de resposta. Esta atividade foi realizada por uma aluna da iniciação científica devidamente capacitada. A SES/MG, por meio do contato com as referências técnicas em saúde bucal contribuiu na divulgação e sensibilização aos gestores solicitando a participação e resposta dos questionários eletrônicos. O questionário foi remetido aos coordenadores/gestores dos serviços de saúde bucal no mês de dezembro de 2017 e a finalização da coleta foi no mês de março de 2018.

4.4. Modelo utilizado para a avaliação da atenção em saúde bucal

Adotou-se o modelo de avaliação proposto por Colussi (2010), composto pelas dimensões Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. Foram utilizadas as questões para avaliação da dimensão Gestão da Saúde Bucal, com quatro subdimensões: Atuação intersetorial, Participação popular, Recursos Humanos e Infraestrutura. Cada subdimensão, foi avaliada por meio de quatro indicadores, para avaliação da efetividade, eficácia, relevância e eficiência (QUADRO 5).

Foram realizadas adaptações em alguns dos indicadores, em função do padrão de resposta dos municípios a saber:

Na dimensão Atuação Intersetorial o indicador de efetividades que mensurou o acesso ao flúor, em detrimento ao questionário original proposto por Colussi, foi acrescido além das opções fluoretação total e não existência de fluoretação a opção fluoretação parcial das águas de abastecimento.

Na dimensão Recursos Humanos, o indicador de efetividade, que mensurou a paralização dos serviços de saúde bucal por falta de recursos humanos, foi adaptado considerando a interrupção de quatro dias consecutivos ao invés de dois dias, pois considerou-se avaliar melhor problemas no serviço, pois paralisações de dois dias acontecem em situações de recessos e feriados nacionais e municipais.

Na dimensão infraestrutura, o indicador relevância, que mensurou a assistência especializada, diferente da matriz original, optou-se pela avaliação do número de especialidades para as quais o município realizava referência, atingindo pontuação máxima quando incluía as cinco especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas- CEO.

Quadro 5: Indicadores utilizados para avaliação da gestão dos serviços de saúde bucal no Estado de Minas Gerais

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE BUCAL				FONTE
ATUAÇÃO INTERSETORIAL	Relevância	Desenvolvimento hábitos saudáveis	% de escolas com controle de alimentos nas cantinas	Relato do gestor
	Efetividade*	Acesso ao flúor	Existência de fluoretação na água de abastecimento Ausência de abastecimento ou abastecimento parcial: não (0) Presença de abastecimento: sim (1)	IBGE
	Eficácia	Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coletas sistemáticas do teor de flúor na água de abastecimento; Não (0); Sim (1)	Relato do gestor
	Eficiência	Saúde bucal na escola	% de escolas públicas com práticas de escovação dental pós-lanche	Relato do gestor
PARTICIPAÇÃO POPULAR	Relevância	Informação em saúde	% de unidades de saúde que possuem material educativo e de informação em saúde bucal	Relato do gestor
	Efetividade	Saúde bucal no controle social	Existência de, pelo menos, uma deliberação referente à saúde bucal na conferência municipal mais recente Não (0); Sim (1)	Relato do gestor
	Eficácia	Saúde bucal no conselho municipal de saúde	% de reuniões do Conselho Municipal que discutiram algum tema sobre saúde bucal	Relato do gestor
	Eficiência**	Participação na conferência estadual de saúde	Existência de delegados cirurgiões-dentistas na última conferência estadual de saúde financiado pelo município Não (0); Sim (1)	Relato do gestor
RECURSOS HUMANOS	Relevância	Acesso ao dentista	Número de horas de cirurgião-dentista/população	IBGE/CNES
	Efetividade** *	Paralisação do serviço de saúde bucal motivado por falta de recursos humanos	% de unidades em que houve interrupção de atendimento por mais de quatro dias consecutivos, por falta de profissional de saúde bucal	Relato do gestor
	Eficácia	Presença de saúde bucal na estratégia Saúde Família	% de Equipe de Saúde da Família com saúde bucal	CNES/Relato do gestor
	Eficiência	Trabalho em equipe	Razão Auxiliar de Saúde Bucal + Técnico em Saúde Bucal/Cirurgião-dentista	CNES
INFRAESTRUTURA	Relevância** **	Assistência especializada	Número de especialidades referenciadas pelo município, considerando como máximo as cinco especialidades do Centro de Especialidade Odontológica (Diagnóstico, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais)	Relato do gestor
	Efetividade	Acesso ao serviço de saúde bucal	% Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atendimento de saúde bucal (Número de UBS com atendimento de saúde bucal/ número de UBS no município)	Relato do gestor
	Eficácia	Adequação da capacidade instalada	Número de consultórios odontológicos/total da população	CNES
	Eficiência*** **	Disponibilidade de material de consumo	UBS interrompeu serviços por mais de dois dias consecutivos devido à falta de material de consumo Sim (0); Não (1)	Relato do gestor

*Na matriz original, foi obtido 0% de domicílios atendidos por água fluoretada. Essa informação não foi obtida em MG. Como 17,5% dos municípios respondentes não possuíam flúor na água de abastecimento, optou-se por trabalhar com esse indicador (presença de água fluoretada) acreditando-se que possui poder discriminatório. ** Variável original é quantitativa. Tendo em vista que a maioria dos municípios respondentes não financiou a participação de delegados cirurgiões-dentistas na Conferência Estadual de Saúde, essa variável foi dicotomizada, da mesma forma que o fez a autora original da matriz de indicadores. *** Foi considerada a interrupção de quatro dias consecutivos ao invés de dois dias, pois considerou-se avaliar melhor problemas no serviço, pois paralisações de dois dias acontecem em situações de recessos e feriados nacionais e municipais. **** Diferente da matriz original, optou-se pela avaliação do número de especialidades para as quais o município realizava referência, atingindo pontuação máxima quando incluía as cinco especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas. ***** Na matriz original, foi avaliado o percentual de investimento em Saúde Bucal do total investido em saúde. Houve uma alta taxa de não resposta para as variáveis necessárias para o cálculo deste indicador. Ele foi substituído pela ocorrência de interrupção do trabalho devido à falta de materiais de consumo. As informações obtidas no CNES se referem ao ano de 2017.

4.5 Variáveis analisadas

A presença de diferenças na qualidade da atenção em saúde bucal, na dimensão gestão da saúde bucal, segundo o perfil do gestor, variáveis referentes a gerência dos serviços de saúde bucal, porte populacional e características socioeconômicas e dos serviços de saúde do município foi investigada. As variáveis coletadas foram:

4.5.1 Perfil do gestor responsável pela saúde bucal no município

Os gestores foram caracterizados quanto ao: sexo, idade (≤ 30 anos, entre 31 a 50 anos, ≥ 51 anos de idade), escolaridade (entre 4 a 11 anos de estudo, 12 anos ou mais de estudo, pós-graduação), área de formação (direito, administração, saúde), formação em gestão (sim, não), tempo de atuação do profissional responsável pela gestão do município (≤ 5 anos, entre 6 a 10 anos, ≥ 11 anos ou mais).

4.5.2 Gerência dos serviços de saúde bucal

Foram avaliadas as seguintes variáveis

Existência da função de coordenador ou gerente ou diretor em saúde bucal no organograma do município (sim, não); existência de um profissional exercendo a função de coordenador/gerente/diretor de saúde bucal (sim, não); plano de cargos e carreira para o profissional da saúde bucal (sim, não); existência de programa de bonificação ou premiação para o gestor (sim, não).

4.5.3 Porte populacional

A população do município se refere à estimativa para o ano de 2016 (IBGE, 2018). Os municípios foram classificados segundo o porte populacional em: < 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil habitantes, de 10 a 50 mil habitantes e mais de 50 mil habitantes, tendo em vista que, aproximadamente, 30% dos municípios de Minas Gerais possuem até 5000 habitantes e, entre aqueles com população >50000, 3,3% possuem mais de 100000 habitantes, portanto, com predominância de municípios pequenos.

4.5.4 Perfil socioeconômico e dos serviços de saúde do município

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Gini por município foram obtidos por consulta ao Atlas de Desenvolvimento Humano e se referem ao ano de 2010, informação mais recente disponível (BRASIL, 2010). O IDHM foi categorizado em baixo (< 0,555), médio (< 0,555 a 0,699), elevado e muito elevado (0,70 a 1,0). O índice de GINI foi dicotomizado em valores até 0,5 e acima de 0,5. Os maiores valores do índice representam maior desigualdade de distribuição de renda. No banco de dados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIPOS), por acesso ao site <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>, buscou-se os dados do Relatório Resumido de Execução Orçamentária-RREO de cada município (ANEXO A), extraindo do mesmo o total de despesas com ações e serviços públicos de saúde e o percentual de despesas com saúde gastos na atenção básica referente ao ano de 2017, 6º bimestre. A cobertura de ESB foi obtida entre os indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do ano de 2015 para o estado de Minas Gerais, no DATASUS.

Para avaliação do Provimento da Atenção em Saúde Bucal foi utilizada a matriz de indicadores por ciclo de vida (QUADRO 6). Os dados foram coletados por consulta à base de dados DATA-SUS, CNES, SIOPS quando indisponível, por meio do questionário. Os resultados apresentados nesta dissertação não incluíram os dados de provimento de serviços de saúde bucal. A não inclusão decorreu da baixa taxa de resposta por parte dos entrevistados, não possibilidade de obtenção dos dados através dos bancos de dados oficiais, uma vez que os mesmos, na fase da pesquisa, passavam por uma transição de mudança de bancos oficiais, ou seja, substituição do DATA-SUS pelo e-SUS, tornando a busca destes dados no DATA-SUS com não confiável.

Quadro 6: Indicadores de provimento da atenção em saúde bucal por ciclo de vida.

INDICADORES DE PROVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL					FONTE	
PROVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	CRIANÇA	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Relevância	Controle de Cárie	% US com grupo de gestantes ou bebês com profissional de SB	QUESTIONARIO
			Efetividade	Atividades coletivas em saúde bucal	Cobertura de procedimentos coletivos em SB	DATA-SUS
			Eficácia	Prevenção individual	Nº total de procedimentos não invasivos / total de procedimentos na faixa etária	DATA/SUS
		DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Relevância	Cobertura de atendimento odontológico	Total de 1ª consulta na faixa etária/ total da população na faixa etária	DATA/SUS
			Efetividade	Odontopediatria	Existência de odontopediatra na rede municipal	QUESTIONARIO
			Eficácia	Concentração de procedimentos por Tratamento Concluído (TC)	No total de procedimentos individuais na faixa etária/ No total de TC na faixa etária no mês	DATA/SUS
	ADOLESCENTE	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Relevância	Atuação multiprofissional	% de US que encaminham os adolec. Atendidos por outros profissionais para orientação em SB	QUESTIONARIO
			Efetividade	Educação em saúde bucal	% de US com grupos de educação em saúde com atividades em SB para adolescentes	QUESTIONARIO
			Eficácia	Prevenção individual	No total de procedimentos não invasivos / total de procedimentos na faixa etária	DATA/SUS
		DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Relevância	Vínculo profissional/paciente	% US em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do trat.	QUESTIONARIO
			Efetividade	Tratamento conservador	No total de exodontias de dentes permanentes/ No total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária	DATA/SUS
			Eficácia	Concentração de procedimentos por Tratamento Concluído (TC)	No total de procedimentos na faixa etária/ no total de TC na faixa etária no mês	DATA/SUS

INDICADORES DE PROVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL						FONTES
PROVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	ADULTO	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Relevância	Acesso a informação sobre câncer de boca	% de unidades de saúde que possuem material educação e/ou informativo sobre o câncer de boca	QUESTIONARIO
			Efetividade	Diagnóstico de lesões de mucosa	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosas, no ano	QUESTIONARIO
			Eficácia	Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimentos de coleta de tecido bucal para biópsia no ano	DATA/SUS
		DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Relevância	Saúde do trabalhador	% de unidades de saúde com serviços de saúde bucal no 3º turno	QUESTIONARIO
			Efetividade	Tratamento conservador	Nº total de exodontias de dentes permanentes/ nº total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária	DATA/SUS
			Eficácia	Proporção de emergências	Nº de pacientes atendidos na emergência/pacientes marcados no mês, na faixa etária	DATA/SUS
	IDOSO	PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Relevância	Atenção em saúde bucal para grupos de idosos	% de profissionais da odontologia que participam de algum grupo de idosos, seja na própria unidade de saúde ou comunidade.	QUESTIONÁRIO
			Efetividade	Atenção em saúde bucal para idosos com limitações incapacitantes	% de unidades de saúde que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal	QUESTIONÁRIO
			Eficácia	Diagnóstico de lesões de mucosa	Disponibilidade de procedimentos de coleta de tecido bucal para biópsia no ano	DATA-SUS
		DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Relevância	Atendimento preferencial	% de unidades de saúde em que idosos são agendados preferencialmente.	QUESTIONARIO
			Efetividade	Tratamento conservador	Nº total de exodontias de dentes permanentes/ nº total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária	DATA/SUS
			Eficácia	Concentração de procedimentos por tratamentos concluídos	Nº total de procedimentos na faixa etária/ nº total de tratamentos concluídos na faixa etária	DATA/SUS

4.6 Estudo Piloto

Nos meses de outubro a novembro de 2017, foi realizado um estudo piloto entre 53 municípios da Região Ampliada de Saúde Centro-Sul. Esta região ampliada foi escolhida por conveniência por se tratar da região onde localiza o município de residência e de trabalho do pesquisador. No mês de outubro, antes do envio dos questionários foi promovida uma reunião na Superintendência Regional de Saúde de Barbacena (SRS) com participação dos coordenadores da Atenção Básica e Secretários Municipais de Saúde. Nesta oportunidade, a pesquisa foi apresentada buscando sensibilizar os presentes sobre a participação nesta fase da pesquisa. No piloto houve uma resposta de 66%

4.7 Análise de dados

Neste estudo, foram analisados os dados referentes aos indicadores da subdimensão gestão de saúde bucal.

Os indicadores qualitativos foram categorizados usando código zero (0) para a situação negativa e um (1) para a situação positiva. Por exemplo: para o indicador interrupção por dois ou mais dias por falta de insumos foi categorizada em 0= Sim; 1=Não. Os indicadores quantitativos foram convertidos para o intervalo [0,1]. A conversão dos indicadores com variação positiva (quanto maior o valor, melhor a qualidade) foi realizada pela divisão: $[(\text{valor do indicador de cada município} - \text{valor mínimo observado}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})]$. Para os indicadores com variação negativa (quanto menor o valor, melhor qualidade), a conversão foi realizada pela seguinte fórmula $[(\text{Valor máximo observado} - \text{valor do indicador de cada município}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})]$. Com esta conversão, valores próximos de 1 representaram melhor qualidade, em relação ao município com pior resultado. A conversão foi realizada, separadamente, por porte populacional: < 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil habitantes, de 10 a 50 mil habitantes e mais de 50 mil habitantes. Após o cálculo e conversão dos indicadores, foram obtidos os escores de cada subdimensão pela soma dos indicadores, com valores de cada município variando de 0 a 4. A soma dos escores foi novamente convertida para valores entre 0 e 1, considerando separadamente o porte populacional. De acordo com modelo proposto por Colussi (2010), essa conversão foi realizada com o objetivo

de corrigir diferenças no desempenho em função do porte populacional dos municípios. Considerando os municípios respondentes, para as variáveis sem resposta e quando não houve possibilidade de busca destas informações por meio de consulta aos bancos de dados oficiais, optou-se por atribuir o valor “0” ao dado perdido, ou seja, como a pior situação. Tal medida foi utilizada a fim de compor o escore do município.

Os dados foram organizados em planilhas Excel® e vinculados aos bancos de dados secundários pela variável código IBGE do município. Foi realizada análise descritiva, com obtenção de frequências ou medidas resumos e de variabilidade dos indicadores e dos escores das subdimensões. A obtenção da média e desvio padrão dos indicadores após conversão em valores 0 e 1 possibilitou comparar o desempenho dos municípios nas subdimensões da gestão da saúde bucal entre os municípios de diferentes portes populacionais.

Com base na soma dos escores dos indicadores das subdimensões atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura, foi emitido um juízo de valor, classificando os municípios quanto a qualidade da atenção em saúde bucal em cada subdimensão: Qualidade satisfatória ((escores \geq Percentil 50 (P50)); qualidade regular (escores P25 ao P50); qualidade insatisfatória (escore \leq P25).

A associação entre qualidade da atenção em saúde bucal em cada subdimensão e as variáveis investigadas foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Variáveis associadas com valor de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla. O ajuste do modelo foi avaliado por meio de teste de *Hosmer e Lemeshow*. Para essa análise, as variáveis atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura foram dicotomizadas em qualidade insatisfatória ou regular/satisfatória. A comparação das taxas de respostas entre municípios respondentes e não respondentes segundo porte populacional, IDHM, índice de Gini, investimento na APS e cobertura de ESB foi avaliada por meio do teste qui-quadrado ou Mann Whitney.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 68646217.0.0000.5149) da Universidade Federal de Minas Gerais

e todos os gestores aceitaram participar da pesquisa após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

5.1 PRODUTO CIENTÍFICO

5.1.1 Artigo científico

Os resultados serão apresentados no formato de artigo científico, submetido para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública (Qualis Capes A2).

Qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal na atenção básica nas dimensões atuação intersectorial, infraestrutura, recursos humanos e participação popular.

Gestão de serviços de saúde bucal

Management quality of the oral health in primary health care in the dimensions intersectoral action, infrastructure, human resource and popular participation.

Management of the oral health services

Resumo

Este estudo avaliou a qualidade da atenção em saúde bucal na dimensão gestão da saúde bucal e investigou diferenças segundo o porte populacional, indicadores socioeconômicos e de serviços de saúde bucal, o perfil dos gestores e características da gerência. Estudo ecológico, cujos dados foram coletados por meio de questionário eletrônico entre gestores de saúde bucal dos municípios de Minas Gerais e de bancos de dados oficiais. A gestão de saúde bucal foi avaliada por indicadores nas subdimensões atuação intersectorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura, que resultaram em escores de 0 a 1. Municípios com valores menores que o percentil 25 foram considerados com qualidade insatisfatória para cada subdimensão. Associações foram investigadas por regressão logística. De modo geral, municípios com população < 5000 habitantes apresentaram maiores médias dos indicadores nas quatro subdimensões. Municípios cujos gestores possuíam ≥ 11 anos de formado apresentaram maior frequência de gestão insatisfatória na dimensão atuação intersectorial. Maior frequência de gestão insatisfatória na dimensão infraestrutura foi observada nos municípios com > 50000 habitantes e com índice de Gini > 0,55. Melhor resultado em recursos humanos foi observado em municípios menores e com maior investimento na Atenção Primária à Saúde. A qualidade da gestão de saúde bucal variou de acordo com o porte populacional, com melhores resultados em municípios menores. A qualidade da gestão também variou de acordo com o percentual de recursos financeiros investidos na Atenção Primária à Saúde, a distribuição de renda municipal e o tempo de formado do gestor de saúde bucal.

Palavras-chave: Pesquisa sobre serviços de saúde, Administração de serviços de saúde; Serviços de saúde bucal; Avaliação em Saúde, Atenção primária à saúde.

Abstract

This study assessed the quality of oral health care in the dimension oral health management and checked differences in relation to the population size, socioeconomic and oral health services indicators, profile of the managers and the management characteristics. Ecological study, whose data were collected by electronic questionnaire supplied by oral health managers of the municipalities of Minas Gerais and official databases. The oral health management was evaluated by indicators in the sub-dimensions, intersectoral action, popular participation, human resources and infrastructure, which resulted in a rating from 0 to 1. Municipalities with values lower than 25 percent were considered qualitatively unsatisfactory for each sub-dimension. Associations were investigated by logistic regression. In general, municipalities with population smaller than 5,000 inhabitants present higher averages of the indicators in the four sub-dimensions. Municipalities whose managers were graduated 11 years ago or more presented higher frequency of unsatisfactory management, in the dimension intersectoral action. Higher frequency of unsatisfactory management of the infrastructure dimension was observed in municipalities over 50,000 inhabitants and Gini over 0.55. Better result in human resource was observed in smaller municipalities and with higher investment in primary health care. The oral health management quality changed according to the population size, with better results in smaller municipalities. Management quality changed also according to the percentage of financial resources invested in APS, municipal income distribution and the graduation time of the oral health manager.

Keywords: Health Services Research. Health Evaluation. Health Services Administration. Dental Health Services.

Introdução

A busca pela qualidade dos serviços de saúde é fundamental para a adequação das políticas públicas às necessidades da população e para o retorno adequado dos investimentos, refletindo na melhoria da saúde¹. A avaliação dos serviços de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão e encontra amparo em normas operacionais do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)². A avaliação para gestão tem como objetivo principal “a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado”³.

No Brasil, a atenção em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) prioritariamente é realizada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), composta pelo cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB), que integram as ações das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste contexto, os serviços de saúde bucal têm sido avaliados utilizando metodologias diversificadas, sendo em sua maioria estudos descritivos^{4,5}, com utilização de indicadores que mensuraram acesso, produtividade, cobertura de serviços, educação permanente, dentre outros^{1, 5-9}, contudo sem uniformização do modelo de avaliação utilizado. Dos estudos que avaliaram os serviços de saúde bucal no nível municipal^{1,6,7,10,11}, três os qualificaram em satisfatórios, regulares ou insatisfatórios^{1,10,11}. Estudos internacionais de avaliação de serviços de saúde no nível da APS, são principalmente os referentes aos serviços odontológicos britânicos, chamados de *Personal Dental Services-PDS*, com enfoque mais frequente na avaliação do acesso da população aos serviços ofertados pelo *National Health Service*, serviço de saúde pública daquele país, e no processo de trabalho dos profissionais na prestação de serviços à população^{12,13}.

Com o objetivo de institucionalizar uma cultura de avaliação da APS no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁴. O PMAQ-AB realiza avaliações em ciclos, das ESB que aderiram ao programa, nas dimensões estrutura e funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) (turnos de funcionamento, características estruturais, ambiência, e sinalização da UBS; presença e condições de uso de instrumentais odontológicos); valorização do trabalhador (qualificação dos profissionais da ESB, educação permanente, gestão do trabalho, plano de carreira); organização do processo de trabalho (planejamento das ações, organização da agenda e prontuários, coordenação do cuidado, atenção à saúde) e o uso dos serviços e satisfação dos usuários. Estudos com dados do PMAQ-AB abordaram diversos aspectos dos serviços de saúde bucal: capacidade de qualificação e abrangência dos indicadores¹⁵, procedimentos realizados pelas ESB que participaram do 2º ciclo de avaliação¹⁶; percepção de usuários sobre a acessibilidade, estrutura, continuidade e aceitabilidade¹⁷, descrição de indicadores de saúde bucal de acesso e acessibilidade¹⁸, associação entre indicadores sociodemográficos e de atenção à saúde, processo de trabalho e realização de procedimentos odontológicos pelas ESB¹⁹.

Colussi e Calvo¹ desenvolveram um modelo teórico de avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal, aplicado em Santa Catarina, um estado brasileiro. Este modelo

pretende subsidiar os gestores municipais e estaduais na tomada de decisões ressaltando a responsabilidade do município em formular e executar políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como possibilitar o acesso universal e igualitário às ações e serviços. O modelo possui duas dimensões: gestão da saúde bucal e provimento da atenção básica em saúde bucal. Mesmo com a vigência do PMAQ-AB, a coexistência de outras iniciativas de avaliação de serviços de saúde, contemplando diferentes dimensões da qualidade, podem contribuir para a tomada de decisões pelos gestores e a melhoria da qualidade do cuidado à população. No modelo teórico de Colussi e Calvo¹, a gestão da saúde bucal tem como foco ações relacionadas aos princípios da equidade e garantia de acesso aos serviços e é composta pelas subdimensões atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura.

A intersetorialidade é uma estratégia de gestão pública oportuna para a melhor efetivação das políticas públicas e enfrentamento da exclusão social²⁰ e pode ser conceituada como “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns”²¹. O controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado²². A infraestrutura apropriada e recursos humanos são condições necessárias na organização dos serviços de saúde para garantir o cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde bucal da população^{1,23}.

A avaliação dos serviços de saúde bucal com a utilização deste modelo poderá produzir informações que contribuam para o aprimoramento dos indicadores a partir da avaliação da sua aplicabilidade em outro contexto, fomentando a discussão de critérios para avaliação do desempenho diário dos serviços de saúde bucal. Este estudo buscou avaliar a qualidade da atenção em saúde bucal, considerando a dimensão gestão da saúde bucal, em municípios do estado de Minas Gerais e identificar diferenças segundo o porte populacional, indicadores socioeconômicos e de serviços de saúde bucal, o perfil dos gestores e características da gerência dos serviços de saúde bucal.

Metodologia

Estudo ecológico realizado entre os municípios do estado de Minas Gerais, localizado na região sudeste do Brasil. O estado possui 853 municípios em uma área de

586.522.111 km², é o segundo mais populoso do Brasil, com população de 20,5 milhões de pessoas.

Coleta de dados

Questionários eletrônicos foram enviados aos coordenadores municipais de saúde bucal ou gestores responsáveis pelos serviços de saúde bucal na ausência do coordenador, empregando a plataforma Form-SUS. Foram também obtidas informações em base de dados secundários. Os contatos (e-mail e telefone) dos gestores foram fornecidos pelas referências técnicas em saúde bucal das 28 regionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). Os contatos dos profissionais referência técnica foram fornecidos pela Diretoria de Saúde Bucal da SES/MG. Ligações telefônicas para os gestores dos serviços de saúde bucal, posteriormente ao envio do questionário eletrônico, foram realizadas buscando alcançar maior taxa de resposta. A SES/MG, por meio do contato com as referências técnicas em saúde bucal, contribuiu na divulgação e sensibilização junto aos gestores solicitando a participação dos coordenadores e resposta aos questionários eletrônicos.

Modelo utilizado para a avaliação da atenção em saúde bucal, dimensão gestão da saúde bucal

Adotou-se o modelo de avaliação proposto por Colussi e Calvo¹ (2011), composto pelas dimensões Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. Neste estudo, foi analisada a dimensão Gestão da Saúde Bucal, com quatro subdimensões: Atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura. Cada subdimensão foi avaliada por meio de quatro indicadores, para avaliação da efetividade, eficácia, relevância e eficiência (Tabela 1).

Os indicadores qualitativos foram categorizados usando código zero (0) para a situação negativa e um (1) para a situação positiva. Por exemplo: para o indicador interrupção por dois ou mais dias por falta de insumos foi categorizada em 0=Sim; 1=Não. Os indicadores quantitativos foram convertidos para o intervalo [0,1]. A conversão dos indicadores com variação positiva (quanto maior o valor, melhor a qualidade) foi realizada pela divisão: [(valor do indicador de cada município – valor mínimo observado) / (valor máximo – valor mínimo)]. Para os indicadores com variação negativa (quanto menor o valor, melhor qualidade), a conversão foi realizada pela seguinte fórmula [(Valor máximo observado – valor do indicador de cada município) / (valor máximo – valor mínimo)]. Com esta conversão, valores próximos de 1 representaram melhor qualidade,

em relação ao município com pior resultado. A conversão foi realizada, separadamente, por porte populacional. Após o cálculo e conversão dos indicadores, foram obtidos os escores de cada subdimensão pela soma dos indicadores, com valores variando de 0 a 4 para cada município. A soma dos escores foi novamente convertida para valores entre 0 e 1, considerando o porte populacional. De acordo com estudo anterior¹⁰, essa conversão foi realizada com o objetivo de corrigir diferenças no desempenho em função do porte populacional dos municípios. Considerando os municípios respondentes, para as variáveis sem resposta e quando não houve possibilidade de busca destas informações por meio de consulta aos bancos de dados oficiais, optou-se por atribuir o valor “0” ao dado perdido, ou seja, como a pior situação. Tal medida foi utilizada a fim de compor o escore do município.

Além dos indicadores, as seguintes variáveis foram coletadas:

Perfil do gestor responsável pela saúde bucal no município: sexo, idade (≤ 30 anos, 31 a 50 anos, ≥ 51 anos de idade), escolaridade (4 a 11 anos de estudo, ≥ 12 anos de estudo, pós-graduação), área de formação (direito, administração, saúde), formação em gestão (sim, não), tempo de atuação (≤ 5 anos, 6 a 10 anos, ≥ 11 anos).

Gerência dos serviços de saúde bucal: existência da função de coordenador ou gerente ou diretor em saúde bucal no organograma do município (sim, não); existência de um profissional exercendo a função de coordenador/gerente/diretor de saúde bucal (sim, não); plano de cargos e carreira para o profissional da saúde bucal (sim, não); existência de programa de bonificação ou premiação para o gestor (sim, não).

Porte populacional, Perfil socioeconômico e dos serviços de saúde do município: A população do município se refere à estimativa para o ano de 2016. Os municípios foram classificados segundo o porte populacional em: < 5000 ; 5000 a 10000; 10000 a 50000 e > 50000 habitantes, tendo em vista que, aproximadamente, 30% dos municípios de Minas Gerais possuem até 5000 habitantes e, entre aqueles com população > 50000 , 3,3% possuem mais de 100000 habitantes, portanto, com predominância de municípios pequenos. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Gini por município foram obtidos por consulta ao Atlas de Desenvolvimento Humano e se referem ao ano de 2010, informação mais recente disponível. O IDHM foi categorizado em baixo ($< 0,555$), médio ($< 0,555$ a $0,699$), elevado e muito elevado ($0,70$ a $1,0$). O Índice de Gini foi dicotomizado em valores $\leq 0,5$ e $> 0,5$ (maiores valores representam maior desigualdade de distribuição de renda). O percentual de recursos investidos na APS, do total dos recursos financeiros do setor saúde, referente ao ano de 2017, 6°

bimestre, foi consultado no DATASUS. A cobertura de ESB foi obtida entre os indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas do ano de 2015 para Minas Gerais, no DATASUS.

Análise dos dados: Os dados foram organizados em planilhas Excel® e vinculados aos bancos de dados secundários pela variável código IBGE do município. Foi realizada análise descritiva, com obtenção de frequências ou medidas resumos e de variabilidade dos indicadores e dos escores das subdimensões. A obtenção da média e desvio padrão dos indicadores após conversão em valores 0 e 1 possibilitou comparar o desempenho dos municípios nas subdimensões da gestão da saúde bucal entre os municípios de diferentes portes populacionais.

Com base na soma dos escores dos indicadores das subdimensões atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura, foi emitido um juízo de valor, classificando os municípios quanto a qualidade da atenção em saúde bucal em cada subdimensão: Qualidade satisfatória ((escores \geq Percentil 50 (P50)); qualidade regular (escores P25 ao P50); qualidade insatisfatória (escore \leq P25).

A associação entre qualidade da atenção em saúde bucal em cada subdimensão e as variáveis investigadas foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Variáveis associadas com valor de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla. O ajuste do modelo foi avaliado por meio de teste de *Hosmer e Lemeshow*. Para essa análise, as variáveis atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura foram dicotomizadas em qualidade insatisfatória ou regular/satisfatória. A comparação das taxas de respostas entre municípios respondentes e não respondentes segundo porte populacional, IDHM, índice de Gini, investimento na APS e cobertura de ESB foi avaliada por meio do teste qui-quadrado ou Mann Whitney.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 68646217.0.0000.5149) e os gestores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram obtidas 223 respostas ao questionário. A taxa de resposta variou significativamente segundo o porte populacional, IDHM e percentual de recursos financeiros investidos na APS. Houve maior taxa de resposta entre os municípios com > 50000 habitantes e naqueles com IDHM elevado ou muito elevado. Os municípios respondentes receberam em média menor percentual de investimento na APS. Não houve

diferenças nas taxas de respostas de acordo com o Índice de Gini e a cobertura da ESB. Com relação à distribuição dos municípios respondentes por porte populacional, 25,1% possuíam < 5000 habitantes; 21,5% de 5000 a 10000; 40,4% entre 10000 a 50000 e 13% > 50000 habitantes. Esta frequência foi semelhante a observada considerando o total de municípios do estado (Tabela 2).

Os valores médios dos escores convertidos de cada indicador e do escore total das subdimensões da gestão de saúde bucal estão representados nos gráficos (Figura 1). Para atuação intersetorial, os municípios de menor porte apresentaram melhor desempenho para os indicadores hábitos saudáveis e saúde bucal na escola. Municípios com maior porte apresentaram melhor desempenho nos indicadores acesso e vigilância do flúor. O percentual de municípios sem flúor na água de abastecimento foi de 17,9% e abastecimento parcial foi observado em 40,8%; 68,5% dos municípios com < 5000 habitantes não possuíam ou possuíam parcialmente flúor na água de abastecimento. Esse percentual foi de 40,7% para os municípios com > 50000 habitantes. Os percentuais de municípios que realizavam vigilância do teor de flúor variaram de 36,7 a 59,3%. O maior percentual de municípios que realizam vigilância de teor de flúor, comparado aos percentuais de municípios com flúor na água de abastecimento pode ser explicado pelo fato de que neste estudo, os municípios com abastecimento parcial foram considerados no grupo sem abastecimento (código zero), para compor o indicador de atuação intersetorial. Um total de 82 municípios possuía abastecimento parcial, e em 45 deles, os gestores relataram vigilância do teor de flúor. Ao considerar os 83 municípios com abastecimento total, um percentual de 75,9% relatou fazer a vigilância do teor de flúor.

Na subdimensão participação popular, os indicadores com pior desempenho, independentemente do porte populacional, foram saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde e participação de delegados cirurgiões-dentistas na Conferência Estadual de Saúde. A frequência de municípios sem deliberação de saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde foi de 31,5% (< 5000 hab.), 26,8% (5000 a 10000 hab.), 32,9% (10000 a 50000 hab.) e 29,6% (> 50000 hab.) Acima de 80% dos municípios não possuíam delegados cirurgiões-dentistas na última Conferência Estadual de Saúde (<5000: 85,2%; 5000 a 10000: 90,2%; 10000 a 50000: 84,8% e > 50000: 81,5%). Com exceção dos municípios com população > 50000 habitantes, a oferta de material educativo sobre saúde bucal para a população aconteceu na maioria dos municípios.

Quanto aos recursos humanos, municípios de menor porte apresentaram melhor desempenho para os indicadores paralisação dos serviços de saúde bucal e saúde bucal na

ESF. Quanto à infraestrutura, de modo geral, os municípios apresentaram desempenho semelhante no indicador acesso aos serviços especializados e disponibilidade de material de consumo, independentemente do porte populacional. Os percentuais de municípios que não faziam referência para nenhuma das cinco especialidades foram (<5000: 18,5%; 5000 a 10000: 21,9%; 10000 a 50000: 15,2% e > 50000: 29,6%). O acesso aos serviços de saúde bucal (% de UBS com atendimento de saúde bucal) apresentou pior desempenho nos municípios acima de 50000 habitantes.

Considerando os escores totais para cada subdimensão, os valores foram, em média, em torno de 50% do valor máximo. Municípios com < 5000 habitantes apresentaram maiores médias do escore total dos indicadores nas subdimensões atuação intersetorial, recursos humanos e infraestrutura.

O resultado da análise bivariada dos fatores associados à qualidade de gestão para cada subdimensão foi demonstrado na tabela 3 e os resultados do modelo de regressão logística final na tabela 4. Não foram identificadas diferenças na qualidade da dimensão participação popular segundo as variáveis analisadas. Municípios cujos gestores possuíam 11 ou mais anos de formados apresentaram maior frequência de gestão de saúde bucal insatisfatória na dimensão atuação intersetorial (OR: 2,7). Maior frequência de gestão de saúde bucal insatisfatória na dimensão recursos humanos foi observada nos municípios com maior porte populacional (OR: 7,4). Municípios com maior investimento na APS apresentaram menor frequência de gestão insatisfatória nesta dimensão (OR: 0,3). Municípios com > 50000 habitantes (OR: 3,2) e com índice de Gini > 0,50 (OR: 2,8) apresentaram maior frequência de gestão de saúde bucal insatisfatória na dimensão infraestrutura (Tabela 4).

Discussão

Municípios avaliados na pesquisa apresentaram indicadores de gestão, nas quatro subdimensões, em média, em torno de 50% do valor máximo. Maiores médias dos indicadores foram observadas nos municípios de pequeno porte nas subdimensões atuação intersetorial, recursos humanos e infraestrutura. Considerando os fatores associados à qualidade da gestão de saúde bucal, houve maior frequência de municípios classificados com qualidade satisfatória na subdimensão atuação intersetorial nos quais os gestores apresentaram menor tempo de formado. A frequência de municípios com qualidade insatisfatória nas subdimensões recursos humanos e infraestrutura foi maior nos municípios com maior porte. A qualidade da gestão na dimensão infraestrutura foi

também associada ao índice de Gini, com maior percentual de municípios com infraestrutura insatisfatória entre aqueles com maior desigualdade na distribuição de renda. Maior percentual de recursos investido na APS favoreceu maior qualidade na dimensão recursos humanos.

Para a dimensão atuação intersetorial, considerando o conjunto de indicadores, não foram observadas diferenças na qualificação dos municípios quanto ao porte populacional. Os municípios menores apresentaram melhor desempenho no indicador desenvolvimento de hábitos saudáveis e saúde bucal na escola. Essas ações são desenvolvidas junto às escolas e se referem ao controle de alimentos na cantina e à prática de escovação dental pós-lanche. Estudo anterior entre ESB de um estado brasileiro evidenciou que as atividades intersetoriais mais citadas pelos serviços de saúde bucal se referiram às ações de educação e prevenção em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas¹¹. A implementação e expansão do número de municípios e equipes que aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, pode ter contribuído para este resultado positivo. O PSE foi instituído em 2007 com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde²⁴. Tem como base a articulação intersetorial entre escola e rede básica de saúde, mas prevê a participação de outros setores e atores sociais. As ações avaliadas pelos indicadores do modelo adotado neste estudo são consideradas de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, uma dimensão de ação do PSE. Pesquisas recentes ressaltam o caráter inovador da proposta de ação intersetorial do PSE, ao mesmo tempo em que confirmam ser a efetivação desta proposta um desafio para os gestores^{25,26}. As ações pontuais na escola, realizadas pela equipe de saúde, podem ser equivocadamente interpretadas como sinônimo de ação intersetorial²⁷. Quando a gestão se aproxima dos problemas do território, pode ocorrer uma dificuldade de compreensão das práticas intersetoriais pelos diversos atores envolvidos. Isto acarreta a necessidade de que os gestores organizem espaços de reflexividade visando a construção de soluções inovadoras, que superem as ações fragmentadas, contribuindo para que a avaliação seja um instrumento com potência para a reorientação das práticas²⁸. Contudo, os indicadores escolhidos neste modelo apontam a realização das atividades, não apresentando como objetivo a avaliação da qualidade dessas ações e da frequência com que aconteceram.

O acesso à água fluoretada e a vigilância do teor de flúor parecem se constituir ações intersetoriais que demandam atenção dos gestores mineiros, especialmente dos

municípios de menor porte. Recomendações recentes afirmam que a decisão pela fluoretação da água deve considerar o comportamento de saúde bucal da população (por exemplo, uso de dentifrício fluoretado, a disponibilidade e aceitação de outras estratégias de prevenção da cárie, dieta e consumo de água encanada e o movimento/migração da população)²⁹. Contudo, essa medida é recomendada pela Política Nacional de Saúde Bucal, sendo considerada a “forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor”³⁰. Adicionalmente, é uma medida de saúde coletiva com abrangência populacional e eficiência comprovada na prevenção da cárie dentária, desde que respeitadas a continuidade e a regularidade dos teores adequados³¹. Considerando os índices de cárie na dentição decídua e permanente evidenciada no último levantamento epidemiológico no Estado, possivelmente a implantação da fluoretação de águas ainda é uma ação necessária no contexto de muitos municípios mineiros³².

A qualidade insatisfatória da gestão da saúde bucal na dimensão atuação intersetorial foi associada com a variável tempo de formado (acima de 11 anos) do gestor. Observou-se que, em 65% dos municípios respondentes, os gestores de saúde bucal eram cirurgiões-dentistas. A associação observada pode ser relacionada à formação acadêmica dos profissionais, com pequena valorização do trabalho em equipe, da promoção de saúde e da articulação intersetorial²⁷. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da graduação em Odontologia datam de 1970, quando era mais valorizada a formação técnica da profissão, seguida de reformas em 1982 (antes da criação do SUS) e em 2001 (pós inclusão das ESB na ESF)³³. Segundo Lemos³³ (2001), a nova proposta das DCN na Odontologia busca adequar a formação dos novos profissionais às condições de saúde da população formando sujeitos políticos e capazes de protagonizar as mudanças necessárias no campo da saúde e sociedade. Profissionais com mais tempo de formação podem reproduzir na gestão práticas arraigadas de uma formação odontológica “tradicional” - caracterizada por fragmentação de conteúdos e foco na especialização. Adicionalmente, para melhor qualificação sobre a ótica da intersetorialidade há necessidade de motivar os gestores de saúde bucal para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e o estímulo à educação permanente²⁷.

Na dimensão participação popular, municípios de diferentes portes foram semelhantes quanto a presença de deliberações sobre a saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde (saúde bucal no controle social). Tal resultado pode ser consequência da Política Nacional de Saúde Bucal e Política Nacional de Atenção Básica que preconizam que a implantação e ampliação dos serviços de saúde bucal nos municípios

devem ser efetivados mediante a participação popular por meio da deliberação dos Conselhos Municipais de Saúde, que é um órgão colegiado paritário^{30,34}. Ampliar a participação da saúde bucal nos Conselhos Municipais e nas Conferências Estaduais de Saúde se constituíram em desafios para os gestores de saúde bucal. Estudo anterior evidenciou que os trabalhadores da saúde desconhecem os espaços e os mecanismos de participação na condução do SUS³⁵. Há necessidade de desenvolver estratégias de formação política e motivacionais para ampliar a atuação de forma coletiva e organizativa dos cirurgiões-dentistas nestes importantes espaços de decisão política, lutando pela melhoria do cuidado em saúde bucal e pelas condições de trabalho, ampliação dos serviços e etc.

Quanto aos recursos humanos, observou-se menor percentual de municípios classificados com gestão insatisfatória entre aqueles com maior percentual de investimento em APS e entre aqueles com 5000 a 10.000 habitantes e >50.000 habitantes comparados aos municípios com < 5000 habitantes. Considerando os indicadores avaliados, os investimentos na APS podem estar relacionados com a capacidade municipal em manter seu quadro de trabalhadores nos serviços de saúde³⁶, contribuindo para a presença da saúde bucal na ESF e o trabalho em equipe. Os profissionais das ESB na APS necessitam atuar como protagonistas nos sistemas de governança, pois, são elementos essenciais à efetivação da rede de atenção à saúde. No entanto, esta atuação pode ser prejudicada pelo fraco vínculo empregatício junto aos municípios e pela dificuldade dos gestores em garantir a capacitação e as condições para se atingir a excelência no serviço de saúde^{11,37}. Uma iniciativa para aprimoramento da APS consiste na implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais³⁸.

A associação observada com porte populacional pode ser atribuída às diferenças dos indicadores saúde bucal na ESF e paralisação de serviços por falta de recursos humanos. Municípios de maior porte apresentaram pior desempenho para o indicador saúde bucal inserida na ESF. Acredita-se que a expansão relativa dos serviços de saúde bucal na ESF seja menor nos municípios de maior porte. Nos municípios maiores, a demanda é maior e os serviços, por mais que ampliem o quadro de recursos humanos e aumentem a oferta/acesso, sempre irão apresentar uma relação ESB/ESF onde há uma tendência de que as primeiras estejam em número insuficiente. Esta situação, juntamente com a falta de material de recursos humanos em municípios maiores, também pode

revelar um investimento financeiro insuficiente, em função da arrecadação dos municípios e do percentual destinado a todo o setor de saúde. Tal hipótese deverá ser investigada em pesquisas futuras. De acordo com a autora do modelo teórico, os indicadores que compuseram a dimensão recursos humanos valorizaram principalmente sua quantidade, embora esse não seja o único ou o mais importante aspecto que qualifica o município¹. A expansão das ESB não implica, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal. A integração da ESB com a ESF para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal no SUS. Há necessidade da incorporação de outros indicadores para avaliar o efeito dos modelos assistenciais no cuidado ofertado.

O indicador trabalho em equipe da subdimensão recursos humanos também parece se constituir num desafio para os municípios, independentemente do porte populacional. A média da razão $(ASB + TSB)/CD$ foi 1,02. O valor máximo observado para este indicador foi 3,05 (dados não apresentados). O indicador convertido evidencia que maior parte dos municípios estão distantes desta razão máxima, pois foi em torno de 0,30 e pode ser reflexo do fato de que a maioria das ESB implantadas no estado são da modalidade Tipo I. Estes resultados estão na contramão da Política Nacional de Saúde Bucal e da Política Nacional de Atenção Básica que determinam a constituição da equipe mínima da Saúde Bucal^{30,34}. O estudo evidencia a necessidade de ampliação dos trabalhadores de nível técnico nas ESB. O trabalho em equipe possui um potencial de abrangência maior e com maior possibilidade de execução das atribuições propostas para SB na APS do SUS³⁹.

Outro indicador relacionado ao acesso de serviços de saúde, na dimensão infraestrutura, foi o percentual de UBS com atendimento odontológico, que apresentou pior desempenho nos municípios com população > 50000 habitantes. Os outros indicadores nesta subdimensão apresentaram resultados semelhantes entre os municípios de diferentes portes. Sugere-se, assim, que a expansão dos serviços de APS no SUS não foi acompanhado, na mesma extensão, pela expansão dos serviços de saúde bucal. Piores resultados na dimensão infraestrutura foi observada em municípios com maior desigualdade de renda. De forma semelhante, estudo anterior¹¹ evidenciou um modelo de atenção à saúde bucal melhor estruturado em municípios com maior IDH. De acordo com os autores, a organização de boas políticas de saúde está vinculada a outras políticas, como de educação, emprego, renda e moradia, tendo em conta o conceito ampliado de saúde. Assim, espera-se que, nos municípios onde haja um conjunto de políticas públicas

mais definido e melhores condições socioeconômicas, também exista maior investimento em políticas de saúde. Na implantação das políticas públicas no Brasil, o incremento de infraestrutura adequada pode conferir maior eficácia na utilização dos recursos públicos, embora persista a necessidade de qualificar a intervenção do Estado, de modo a regular sua responsabilidade e compromisso social para com estas políticas⁴⁰.

Na dimensão infraestrutura, o indicador com melhor desempenho e que foi semelhante entre os municípios de diferentes portes foi assistência especializada, e o percentual de municípios sem referenciamento para as cinco especialidades do CEP variou de 15,2 a 29,6%. Percentual semelhante para referenciamento dos pacientes foi previamente observado em estudo brasileiro¹¹. A garantia da integralidade da atenção por meio do referenciamento às especialidades pode contribuir para a qualidade da gestão da saúde bucal dos municípios.

Com base nas taxas de respostas e na comparação entre respondentes e não respondentes, os resultados obtidos não são representativos para todos os municípios mineiros, embora, o percentual de participantes seja semelhante a distribuição dos municípios por porte populacional no estado. O modelo de avaliação utilizado permitiu discriminar diferentes níveis de qualidade da gestão de saúde bucal, nas dimensões propostas, entre os municípios participantes. A análise dos dados favoreceu a comparação do desempenho entre os indicadores e entre os municípios de acordo com o porte populacional. Houve necessidade de adaptação de indicadores tendo em vista a indisponibilidade de informações ou o perfil dos serviços de saúde em Minas Gerais. Para lidar com as variáveis não respondidas, necessárias para o cálculo dos indicadores, à semelhança de estudos anteriores, optou-se pela categorização da pior situação¹ com código zero, o que pode representar uma superestimativa da avaliação negativa. A ausência de resposta por alguns gestores pode evidenciar problemas de registro e falta de monitoramento dos indicadores de saúde bucal e também inexperiência na gestão, uma vez que a maioria dos respondentes afirmaram estar na função há menos de 2 anos. A alta rotatividade destes profissionais na função pode também ser explicativo para os achados. A compreensão por parte dos profissionais que alimentam estes bancos de dados também deve ser considerada, tendo em vista que formação técnica sobre lançamento de informações nos bancos de dados nem sempre é dispensada aos profissionais quando inseridos nos serviços.

Conclusões

A qualidade da gestão de saúde bucal variou de acordo com o porte populacional dos municípios, sendo que melhores resultados foram observados de modo geral em municípios menores. A qualidade da gestão também variou de acordo com o percentual de recursos financeiros investidos na APS, com a desigualdade na distribuição de renda municipal e o tempo de formado do gestor de saúde bucal. O aperfeiçoamento de gestores dos serviços de saúde com mais tempo de formado, maior acesso a fluoretação e o monitoramento de seus teores nas águas de abastecimento, maior acesso por parte da população ao profissional cirurgião dentista com jornada de trabalho compatíveis com a população adscrita bem como a oferta dos serviços de saúde bucal na mesma proporcionalidade de unidades de saúde existentes e redução da desigualdade social pode influenciar na melhoria da qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal ofertados nos municípios mineiros.

Referências

1. Colussi CF, Calvo MC. [An evaluation model for oral health in primary care]. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(9):1731-45.
2. Bosi MLM, Uchimura KY. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):150-3.
3. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):547-9.
4. Landmann SC, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):643-55.
5. Mendes Júnior FIR, Tajra FS, Bandeira MAM. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde debate*. 39(104):147-58,2015.
6. Pimentel FC, Martelli PJJ, Acioli RML, Souza WV, Albuquerque PC. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. *Cad Saúde Pública Col*. 2014;22(1):54-61.

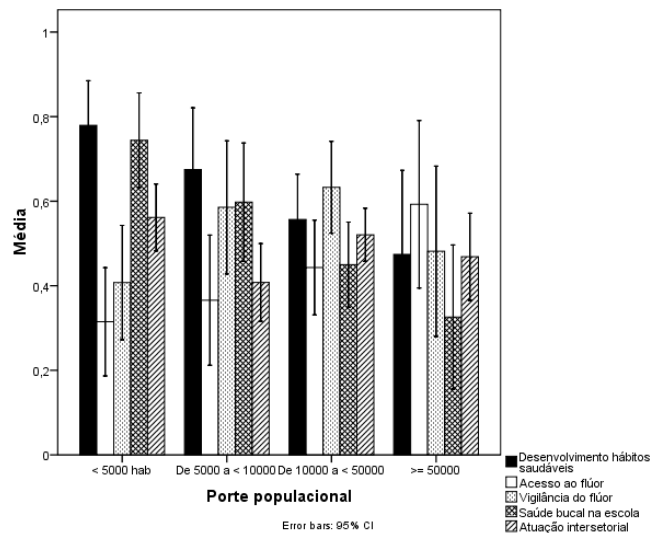
7. Martins LG, Lacerda JT, Nickel DA, Traebert J. [Proposal of a model for the evaluation of public oral health care for children]. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00006415.
8. Silveira Filho AD, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):851-65.
9. Bueno VLRC, Cordoni Júnior L, Mesas AE. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3069-82.
10. Colussi CF, Calvo MCM, Freitas SFT. A Programação Linear na avaliação do desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária. *Einstein*. 2013;11(1):95-101.
11. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2727-39.
12. Goodwin N, Morris AJ, Hill KB, McLeod HS, Burke FJ, Hall AC. National evaluation of personal dental services (PDS) pilots: main findings and policy implications. *Br Dent J*. 2003;195(11):640-3.
13. Newton JT, Alexandrou B, Bate BD, Best H. A qualitative analysis of the planning, implementation and management of a PDS scheme: lessons for local commissioning of dental services. *Br Dent J*. 2006;200(11):625-30.
14. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014;38(n.spec):358-72.
15. Reis CMR, Mambrini JVM, Matta-Machado ATG, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. *J Public Health Dent*. 2017;77(4):317-24.
16. Mendes SR, Martins RC, Matta-Machado AT, Mattos G, Gallagher JE, Abreu MH. Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1480.
17. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM, et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2 Suppl):S60.
18. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Evaluation of oral health indicators in Brazil: a trend towards equity in dental care? *Cad Saude Publica*. 2016;32(2):e00021115.

19. Neves M, Amaral Giordani JM, Ferla AA, Hugo FN. Primary care dentistry in Brazil: From prevention to comprehensive care. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(2 Suppl):S35.
20. Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandes JCA, Mendes R. (Org). *Promoção da saúde e gestão local.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 85-109.
21. Brasil. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
22. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):470-8.
23. Pedrosa ICF, Corrêa AP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Cienc Cuid Saude.* 2011;10(1):58-65.
24. Brasil. Decreto n. 6286. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
25. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ.* 2014;19(56):61-76.
26. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad Saude Publica.* 2018;34:e00104217.
27. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet.* 2014;19(2):373-82.
28. Hartz Z. Cuidados primários, avaliação e ações intersetoriais em promoção da saúde. *Cien Saude Colet.* 2017;22(3):687-8.
29. Jokstad A. Cochrane Collaboration Systematic Reviews may be based on trials not approved by a research ethics committee. *Clin Exp Dent Res.* 2017;3(5):179-82.
30. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
31. Narvai PC. Dental caries and fluorine: a twentieth century relation. *Cien Saude Colet.* 2000;5(2):381-92.

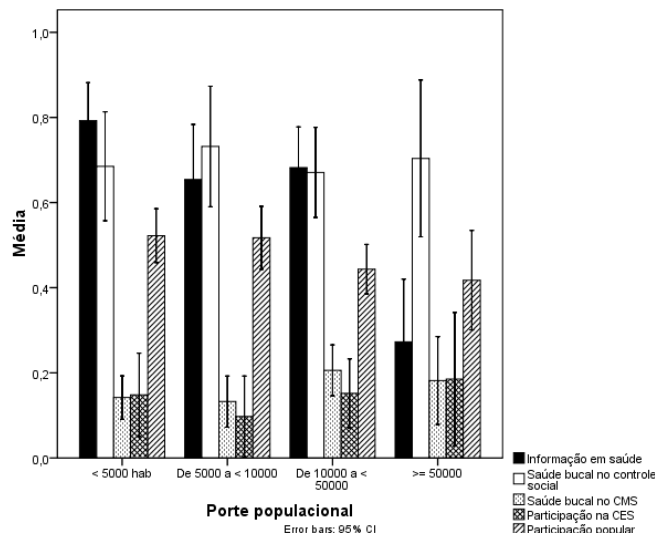
32. Minas Gerais. SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; 2013.
33. Lemos CLS. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. *Revista da ABENO*. 2001;16(4):80-5.
34. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 110.
35. Martins CS, Sartori MT, Dietrich HLD, Klem FB, Dallagnol C, Albuquerque GSC, et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde debate*. 2013;37(98):437-45.
36. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Cien Saude Colet*. 2003;8(2):403-15.
37. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde debate*. 2014;38(100):26-34.
38. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.
39. Brasil. Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
40. Silva MO. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev. Katál*. 2010;13(2):155-63.

Figura 1: Gráficos das médias e intervalo de confiança de 95% dos indicadores das subdimensões avaliadas

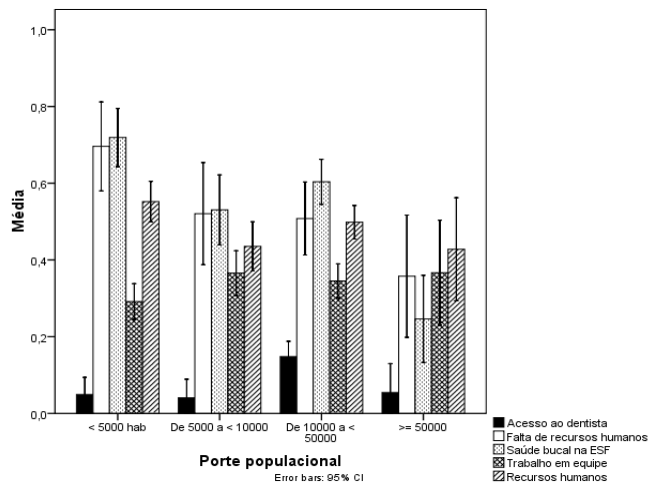
Atuação Intersectorial



Participação popular



Recursos Humanos



Infraestrutura

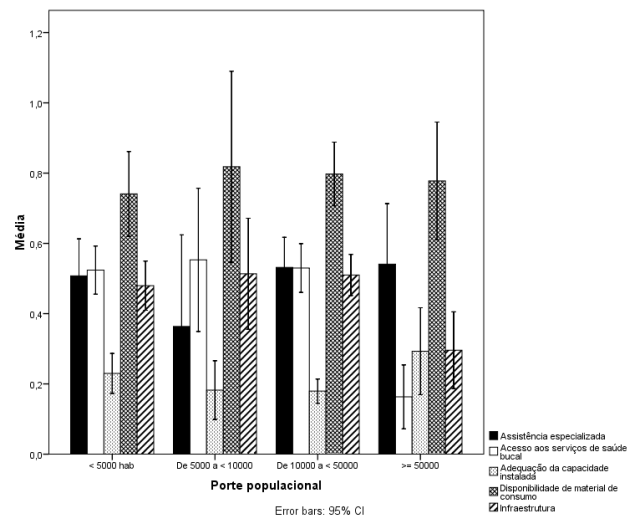


Tabela 1: Indicadores utilizados para avaliação da gestão dos serviços de saúde bucal no Estado de Minas Gerais

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE BUCAL				FONTE
ATUAÇÃO INTERSETORIAL	Relevância	Desenvolvimento hábitos saudáveis	% de escolas com controle de alimentos nas cantinas	Relato do gestor
	Efetividade*	Acesso ao flúor	Existência de fluoretação na água de abastecimento Ausência de abastecimento ou abastecimento parcial: não (0) Presença de abastecimento: sim (1)	IBGE
	Eficácia	Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coletas sistemáticas do teor de flúor na água de abastecimento; Não (0); Sim (1)	Relato do gestor
	Eficiência	Saúde bucal na escola	% de escolas públicas com práticas de escovação dental pós-lanche	Relato do gestor
PARTICIPAÇÃO POPULAR	Relevância	Informação em saúde	% de unidades de saúde que possuem material educativo e de informação em saúde bucal	Relato do gestor
	Efetividade	Saúde bucal no controle social	Existência de, pelo menos, uma deliberação referente à saúde bucal na conferência municipal mais recente Não (0); Sim (1)	Relato do gestor
	Eficácia	Saúde bucal no conselho municipal de saúde	% de reuniões do Conselho Municipal que discutiram algum tema sobre saúde bucal	Relato do gestor
	Eficiência**	Participação na conferência estadual de saúde	Existência de delegados cirurgiões-dentistas na última conferência estadual de saúde financiado pelo município Não (0); Sim (1)	Relato do gestor
RECURSOS HUMANOS	Relevância	Acesso ao dentista	Número de horas de cirurgião-dentista/população	IBGE/CNES
	Efetividade** *	Paralisação do serviço de saúde bucal motivado por falta de recursos humanos	% de unidades em que houve interrupção de atendimento por mais de 4 dias consecutivos, por falta de profissional de saúde bucal	Relato do gestor
	Eficácia	Presença de saúde bucal na estratégia Saúde Família	% de Equipe de Saúde da Família com saúde bucal	CNES/Relato do gestor
	Eficiência	Trabalho em equipe	Razão Auxiliar de Saúde Bucal + Técnico em Saúde Bucal/Cirurgião-dentista	CNES
INFRAESTRUTURA	Relevância** **	Assistência especializada	Número de especialidades referenciadas pelo município, considerando como máximo as cinco especialidades do Centro de Especialidade Odontológica (Diagnóstico, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais)	Relato do gestor
	Efetividade	Acesso ao serviço de saúde bucal	% Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atendimento de saúde bucal (Número de UBS com atendimento de saúde bucal/ número de UBS no município)	Relato do gestor
	Eficácia	Adequação da capacidade instalada	Número de consultórios odontológicos/total da população	CNES
	Eficiência*** **	Disponibilidade de material de consumo	UBS interrompeu serviços por mais de dois dias consecutivos devido à falta de material de consumo Sim (0); Não (1)	Relato do gestor

*Na matriz original, foi obtido 0% de domicílios atendidos por água fluoretada. Essa informação não foi obtida em MG. Como 17,5% dos municípios respondentes não possuíam flúor na água de abastecimento, optou-se por trabalhar com esse indicador (presença de água fluoretada) acreditando-se que possui poder discriminatório. ** Variável original é quantitativa. Tendo em vista que a maioria dos municípios respondentes não financiou a participação de delegados cirurgiões-dentistas na Conferência Estadual de Saúde, essa variável foi dicotomizada, da mesma forma que o fez a autora original da matriz de indicadores. *** Foi considerada a interrupção de quatro dias consecutivos ao invés de dois dias, pois considerou-se avaliar melhor problemas no serviço, pois paralisações de dois dias acontecem em situações de recessos e feriados nacionais e municipais. **** Diferente da matriz original, optou-se pela avaliação do número de especialidades para as quais o município realizava referência, atingindo pontuação máxima quando incluía as cinco especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas. ***** Na matriz original, foi avaliado o percentual de investimento em Saúde Bucal do total investido em saúde. Houve uma alta taxa de não resposta para as variáveis necessárias para o cálculo deste indicador. Ele foi substituído pela ocorrência de interrupção do trabalho devido à falta de materiais de consumo. As informações obtidas no CNES se referem ao ano de 2017.

Tabela 2: Distribuição dos municípios de Minas Gerais, dos respondentes e não respondentes ao questionário quanto ao porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Coeficiente de Gini, percentual de aplicação na APS e cobertura de Equipe de Saúde Bucal

Variáveis	Total (n=853)	Municípios não respondentes	Municípios respondentes (n=223)	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Porte populacional				< 0,001
< 5000	240 (28,1)	184 (76,7)	56 (23,3)	
5000 a 10000	251 (29,4)	203 (80,9)	48 (19,1)	
10000 a 50000	296 (34,7)	206 (69,6)	90 (30,4)	
> 50000	66 (7,74)	37 (56,1)	29 (43,9)	
IDHM				0,037
Baixo	11 (1,3)	9 (81,82)	2 (18,18)	
Médio	614 (72,0)	467 (76,1)	147 (23,9)	
Elevado + Muito elevado	228 (26,7)	154 (67,5)	74 (32,5)	
Coeficiente de Gini				0,308
Até 0,60	840 (98,5)	622 (74,1)	218 (25,9)	
0,60 ou mais	13 (1,5)	8 (61,5)	5 (38,5)	
		\bar{x} (DP)	\bar{x} (DP)	
Aplicação de recursos financeiros na APS				0,017
< 25%	123 (14,9)	83 (67,5)	40 (32,5)	
26 a 50%	251 (30,4)	176 (70,1)	75 (29,9)	
51 a 100%	452 (54,7)	352 (77,9)	100 (22,1)	
Cobertura ESB***	85,9 (22,9)	85,9 (23,3)	86,1 (21,9)	0,307

*IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; APS: Atenção Primária à Saúde; ESB: Equipe de Saúde Bucal

Tabela 3: Associação entre qualidade da atuação intersetorial, recursos humanos, participação popular e infraestrutura e variáveis referentes ao perfil do gestor e gerência dos serviços de saúde bucal, variáveis referentes ao perfil socioeconômico e de serviços de saúde dos municípios de Minas Gerais. Minas Gerais, 2018.

	Amostra total	Atuação intersetorial	Recursos Humanos	Participação Popular	Infraestrutura
	n (%)	Número (%) de municípios classificados com qualidade insatisfatória			
		Valor de p			
Perfil do gestor					
Sexo		<i>0,428</i>	<i>0,907</i>	<i>0,321</i>	<i>0,389</i>
Feminino	161 (72,2)	37 (25,3)	36 (24,7)	40 (27,4)	29 (23,4)
Masculino	62 (27,8)	11 (20,0)	14 (24,5)	19 (34,6)	14 (29,8)
Idade		<i>0,376</i>	<i>0,265</i>	<i>0,811</i>	<i>0,329</i>
< 30 anos	57 (25,8)	9 (17,0)	12 (22,6)	14 (26,4)	8 (18,6)
31 a 50 anos	136 (61,5)	32 (26,7)	27 (22,5)	35 (29,2)	26 (25,7)
51 ou mais anos	28 (12,7)	7 (25,9)	10 (37,0)	9 (33,3)	9 (34,6)
Escolaridade		<i>0,024*</i>	<i>0,004*</i>	<i>0,158*</i>	<i>0,393*</i>
4 a 11 anos de estudo	24 (10,8)	3 (13,6)	3 (13,6)	5 (22,7)	2 (11,1)
≥ 12 anos de estudo	79 (35,6)	11 (15,5)	10 (14,1)	16 (22,5)	15 (26,3)
Pós-graduação (especialização ou mestrado/doutorado)	119 (53,6)	34 (31,5)	37 (34,3)	38 (35,2)	26 (27,1)
Tempo de formado (ensino superior)		<i>0,037*</i>	<i>0,090</i>	<i>0,842</i>	<i>0,611</i>
≤ 5 anos	76 (35,0)	10 (14,5)	12 (17,4)	19 (27,5)	11 (19,6)
6 a 10 anos	49 (22,6)	11 (24,4)	10 (22,2)	12 (26,7)	9 (27,3)
11 ou mais anos	92 (42,4)	27 (32,1)	27 (32,1)	26 (31,0)	21 (26,3)
Área de Formação		<i>0,426*</i>	<i>0,407*</i>	<i>0,858</i>	<i>0,469</i>
Administração/Gestão	19 (7,8)	3 (18,8)	3 (18,8)	5 (31,3)	4 (36,4)
Saúde	198 (91,2)	45 (24,2)	46 (25,8)	53 (29,1)	38 (24,1)
Formação na área de gestão		<i>0,819</i>	<i>0,293</i>	<i>0,518</i>	<i>0,709</i>
Não	151 (68,6)	31 (23,1)	30 (22,4)	41 (30,6)	29 (26,1)
Sim	69 (31,4)	16 (24,6)	19 (29,23)	17 (26,2)	13 (22,4)
Tempo de atuação na gestão		<i>0,939</i>	<i>0,730</i>	<i>0,824</i>	<i>0,196</i>
≤ 1 ano	101 (57,4)	22 (25,9)	24 (28,2)	28 (32,9)	20 (27,4)
De 2 a 5 anos	46 (26,1)	13 (28,3)	11 (23,9)	13 (28,3)	6 (15,0)
6 anos ou mais	29 (16,5)	8 (28,6)	6 (21,4)	8 (28,6)	8 (33,3)
Gerência dos serviços de saúde bucal					
Gestão exercida por um cirurgião-dentista		<i>0,020</i>	<i>0,048</i>	<i>0,195</i>	<i>0,754</i>
Sim	145 (65,0)	38 (28,6)	38 (29,2)	43 (32,2)	13 (23,6)
Não	78 (35,0)	10 (14,7)	12 (16,9)	16 (23,5)	30 (25,9)

Função de coordenador no quadro municipal		<i>0,306</i>	<i>0,228</i>	<i>0,213</i>	<i>0,688</i>
Sim	146 (65,5)	34 (26,2)	43 (26,7)	42 (32,3)	14 (23,3)
Não	77 (34,5)	14 (19,7)	7 (17,50)	17 (23,9)	29 (26,1)
Existência do profissional na função de coordenador		<i>0,014</i>	<i>0,228</i>	<i>0,288</i>	<i>0,983</i>
Sim	180 (80,7)	44 (27,3)	43 (26,7)	50 (31,1)	8 (25,0)
Não	43 (19,3)	4 (10,0)	7 (17,50)	9 (22,5)	35 (25,2)
Existência de plano de cargos e carreira para profissionais da saúde bucal		<i>0,221*</i>	<i>0,307</i>	<i>0,20</i>	<i>0,359</i>
Sim	67 (30,0)	11 (19,3)	17 (29,8)	13 (22,8)	27 (23,1)
Não	156 (70,0)	37 (25,7)	33 (22,9)	46 (31,9)	16 (29,6)
Existência de programa de bonificação ou premiação para o gestor		<i>0,060*</i>	<i>0,728</i>	<i>0,481</i>	<i>0,203</i>
Sim	35 (15,7)	4 (12,2)	9 (27,3)	8 (24,2)	33 (23,2)
Não	188 (84,3)	44 (26,2)	41 (24,4)	51 (30,4)	10 (34,5)

Porte populacional, Perfil socioeconômico e dos serviços de saúde do município

Porte populacional		<i>0,144</i>	<i>0,001</i>	<i>0,610</i>	<i>0,273</i>
< 5000		12 (22,2)	8 (14,8)	13 (24,1)	12 (22,2)
5000 a 10000		5 (12,2)	12 (29,3)	11 (26,8)	2 (18,2)
10000 a 50000		22 (27,9)	15 (19,0)	25 (31,7)	18 (22,8)
> 50000		9 (33,3)	15 (55,6)	10 (37,0)	11 (40,7)
IDHM		<i>0,978</i>	<i>0,261</i>	<i>0,463</i>	<i>0,560</i>
Baixo + médio IDH		32 (24,1)	30 (22,6)	37 (27,8)	29 (26,6)
Elevado + muito elevado		16 (23,0)	20 (29,9)	22 (32,8)	14 (22,6)
Índice de Gini		<i>0,617</i>	<i>0,491</i>	<i>0,56</i>	<i>0,004</i>
Até 0,50		35 (23,0)	36 (23,7)	43 (28,3)	25 (19,5)
Acima de 0,50		13 (26,5)	14 (28,6)	16 (32,7)	18 (41,9)
Percentual de aplicação na APS		<i>0,927</i>	<i>0,01</i>	<i>0,967</i>	<i>0,05</i>
< 25%		8 (21,6)	15 (40,5)	11 (29,7)	13 (37,1)
26 a 50%		14 (21,5)	9 (13,9)	18 (27,7)	8 (14,8)
51 a 100%		22 (23,9)	23 (25,0)	27 (29,4)	21 (28,0)

*Teste Exato de Fisher; Valores de p em negrito representam resultados do teste qui-quadrado estatisticamente significativos

Tabela 4: Modelo de regressão logística dos fatores associados à qualidade da gestão nas dimensões atuação intersetorial, recursos humanos e infraestrutura.

	OR ajustada	Valor de p
Fatores associados à qualidade insatisfatória da gestão de saúde bucal, na dimensão atuação intersetorial¹		
Tempo de formado ¹		
Menor ou igual a 5 anos	1	
6 a 10 anos	1,9 (0,7-5,0)	0,187
11 ou mais anos	2,7 (1,2-6,1)	0,017
Profissional na coordenação de saúde bucal		
Não	1	
Sim	2,8 (0,9-8,6)	0,066
Fatores associados à qualidade insatisfatória da gestão de saúde bucal, na dimensão recursos humanos		
Porte populacional ²		
< 5000	1	
5000 a 10000	4,5 (1,4-13,9)	0,009
10000 a 50000	1,3 (0,8-6,8)	0,106
> 50000	7,4 (1,9-28,8)	0,004
Percentual de aplicação na APS		
< 25%	1	
26 a 50%	0,3 (0,1-0,9)	0,050
51 a 100%	1,2 (0,4-3,6)	0,702
Fatores associados à qualidade insatisfatória da gestão de saúde bucal, na dimensão infraestrutura		
Porte populacional ³		
< 5000	1	
5000 a 10000	0,8 (0,5-4,2)	0,767
10000 a 50000	1,1 (0,4-2,8)	0,843
> 50000	4,3 (1,1-16,9)	0,037
Índice de Gini		
< 0,50	1	
≥ 0,50	2,8 (1,3-6,1)	0,011

¹Modelo ajustado por porte populacional (Teste de Hosmer Lemeshow=0,99)

²Modelo ajustado por escolaridade do gestor e gestão feita por um dentista (Teste de Hosmer Lemeshow=0,791)

³Teste de Hosmer Lemeshow=0,8255; modelo ajustado por IDH.

5.2 ANÁLISE DE COMPLETUDE DOS DADOS

A tabela abaixo contém as variáveis coletadas para obtenção dos indicadores da matriz de avaliação adotada nesta pesquisa. Para algumas variáveis, verificou-se dificuldade de obtenção de respostas por ausência de resposta pelos gestores ou por falta de informações nos bancos de dados oficiais. Os percentuais de dados perdidos para as variáveis investigadas no estudo estão demonstrados na Tabela 2. A. Em relação aos dados primários, a grande dificuldade na obtenção das informações pode ter ocorrido pelo desconhecimento da informação pelo próprio entrevistado, pela pouca experiência na função, uma vez que a coleta se deu no primeiro ano da nova gestão do executivo de muitos municípios. A inexistência de um coordenador de saúde bucal pode também ter interferido na obtenção dos dados primários, mesmo sendo enviado os questionários para os secretários de saúde dos municípios. Com relação aos dados secundários, vale destacar a dificuldade de obtenção do número total de consultas odontológicas, que possivelmente foi devido ao fato de o código SUS para consulta de urgência ser compartilhado por outros profissionais de nível superior da atenção básica exceto médico, assim a utilização do dado fornecido pelo banco de dados oficial seria superestimada. Outra grande dificuldade foi de se obter o nº total de procedimentos realizados por faixas etárias o que não estava disponível, assim como a informação de tratamentos concluídos- TC também por faixas etárias que não consta do Sistema de Informação pesquisado.

Tabela 2 - Variáveis utilizadas na construção dos indicadores e taxa de respostas

Códigos das variáveis	Variáveis	Número de municípios que responderam	Porcentagem de municípios que responderam
Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Atuação intersetorial			
A1	Número de escolas municipais de pré-escola e ensino fundamental com controle de alimentos	174	20,4%
A2	Número de escolas municipais de pré-escola e ensino fundamental que fizeram encaminhamento odontológico na rede básica municipal	177	20,8%
A3	Existência de fluoretação da água abastecimento público	201	23,6%
A4	Qual o percentual de domicílios com acesso à água de abastecimento público em 2007	Não foi obtida	
A5	Existência de coleta mensal de amostras da água para vigilância do teor de flúor	201	23,6%
A6	Número de escolas municipais de pré-escola e ensino fundamental em que foi realizado algum tipo de atividade em saúde bucal	177	20,8%
A7	Número de escolas municipais de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches	175	20,5%
Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Participação popular			
B1	Número de UBS com material educativo e/ou informativo em saúde bucal	180	21,1%
B2	Existência de, pelo menos, uma deliberação referente a saúde bucal na última Conferência Municipal de Saúde	183	21,5%
B3	Número de reuniões do CMS	158	18,5%
B4	Número de reuniões do CMS com discussões sobre saúde bucal	159	18,6%
B5	Número de delegados dentistas financiados pelo município na última Conferência Estadual de Saúde	157	18,4%
Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Recursos Humanos			
C1	Carga horária total semanal dos dentistas que trabalhavam na rede municipal de saúde	167	19,6%
C2	Número total de dentistas da rede municipal de saúde	188	22,0%
C3	Número de dentistas que fizeram algum curso patrocinado pelo município	165	19,3%
C4	Número total de dentista do setor público municipal que mudou de UBS ou foi desligado	160	18,8%
C5	Quantas UBS interromperam atendimento devido à falta de profissionais (licença-saúde, férias, absenteísmo) por mais de quatro dias consecutivos	166	19,5%
C6	Foi realizada escala de substituição de CD em caso de férias, licença-saúde, participação em eventos de interesse profissional ou outras dispensas legais	171	20,0%
C7	Número de ESF com ESB	188	22,0%
C8	Número total de profissionais alocados como auxiliares fixos em Odontologia (ASB e/ou TSB)	188	22,0%
Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Infraestrutura			
D1	Para quais especialidades o município tinha referência estabelecida em 2016?	201	23,6%
D2	Qual o número de unidades de saúde que interrompeu atendimento por aguardar a assistência técnica odontológica por mais de dois dias consecutivos para manutenção e/ou conserto de equipamento, no ano de 2016?	160	18,8%
D3	Qual o número de unidades de saúde bucal que interrompeu atendimento odontológico devido à falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2016?	159	18,6%
D4	Qual o número de UBS com atendimento odontológico em junho de 2016	165	19,3%

D5	Número de consultórios odontológicos que fizeram atendimento em dezembro de 2016	167	19,6%
D6	Número total de consultas odontológicas realizadas	Dado secundário	
D7	Número de UBS em que os pacientes foram agendados para retorno (manutenção preventiva) após o término do tratamento (TC), em dezembro de 2016.	155	18,2%
D8	Total de recursos financeiros investidos em saúde bucal no município em 2016 (R\$) (Incluindo investimento e custeio total dos serviços, provenientes do município, governos estadual e federal)	53	6,2%
D9	Número de UBS que priorizaram o atendimento odontológico a partir de áreas consideradas de risco	146	17,1%
GESTÃO DO PROVIMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA			
Crianças (0 a 12 anos)			
E1	Número de unidades com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD, CD)	158	18,5%
E2	Número de dentistas Odontopediatras do setor público municipal	157	18,4%
E3	Número total de procedimentos na faixa etária de 0 a 12 anos	24	2,8%
E4	Número total de pacientes com tratamento concluído na faixa etária de 0 a 12 anos	14	1,6%
Adolescentes (de 13 a 19 anos)			
F1	Número de UBS que encaminharam os adolescentes de 13 a 19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal	131	15,4%
F2	Quantas US possuíam grupos de educação em saúde com atividades de saúde bucal para adolescentes de 13 a 19 anos de idade	131	15,4%
F3	Número de US em que os pacientes foram agendados com o mesmo profissional do inicial ao fim do tratamento	132	15,5%
F4	Número total de procedimentos na faixa etária de 13 a 19 anos	14	1,6%
F5	Número total de procedimentos com TC na faixa etária de 13 a 19 anos	10	1,2%
Adultos (20 a 59 anos)			
G1	Número de UBS com material educativo sobre câncer bucal	136	59,4%
G2	Ficha odontológica com campo para registro de lesões de mucosa	139	16,3%
G3	Forma de disponibilização de procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia	135	15,8%
G4	Número de US em que os pacientes adultos (20 a 59 anos) que foram tratados por motivo de doença periodontal tiveram retorno agendado (112 municípios responderam essa questão, variável não usada)	114	13,4%
G5	Número de casos com suspeita de câncer bucal detectados	65	7,6%
G6	Número de casos com suspeita de câncer encaminhados para biópsia	92	10,8
G7	Número de UBS com atendimento odontológico no terceiro turno	123	14,41
G8	Número total de pacientes atendidos na urgência/emergência	14	1,6%
G9	Número total de pacientes agendados na faixa etária de 20 a 59 anos para atendimento em saúde bucal	13	15,2%
G10	Número total de procedimentos na faixa etária de 20 a 59 anos	12	1,4%
G11	Número total de pacientes com TC na faixa etária de 20 a 59 anos	9	10,6%
Idosos (60 anos ou mais)			
H1	Número de profissionais de saúde (ACD, THD ou CD) que participaram de algum grupo de idosos, seja na UBS ou na comunidade (por exemplo: orientação para grupos de terceira idade)	128	15,0%
H2	Quantas UBS realizaram visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a UBS para desenvolver	127	14,9%

	atividades educativo-preventivas em saúde bucal ou atendimento clínico		
H3	Número de casos com suspeita de câncer detectados	58	6,8%
H4	Número de casos com suspeita de câncer que foram encaminhados para biópsia	67	7,9%
H5	Número de UBS que possuíam sistema de agendamento preferencial para idosos	120	14,1%
H6	Número total de procedimentos odontológicos na faixa etária de 60 anos	12	1,4%
H7	Número de TC na faixa etária acima de 60 anos	8	0,9%

Os 201 municípios considerados para a análise dos indicadores de gestão dos serviços de saúde bucal estão distribuídos no estado de Minas Gerais, conforme mapa (FIGURA 3). Embora com muitos municípios não respondentes, as respostas foram obtidas de municípios em distribuídos em grande parte do território estadual.

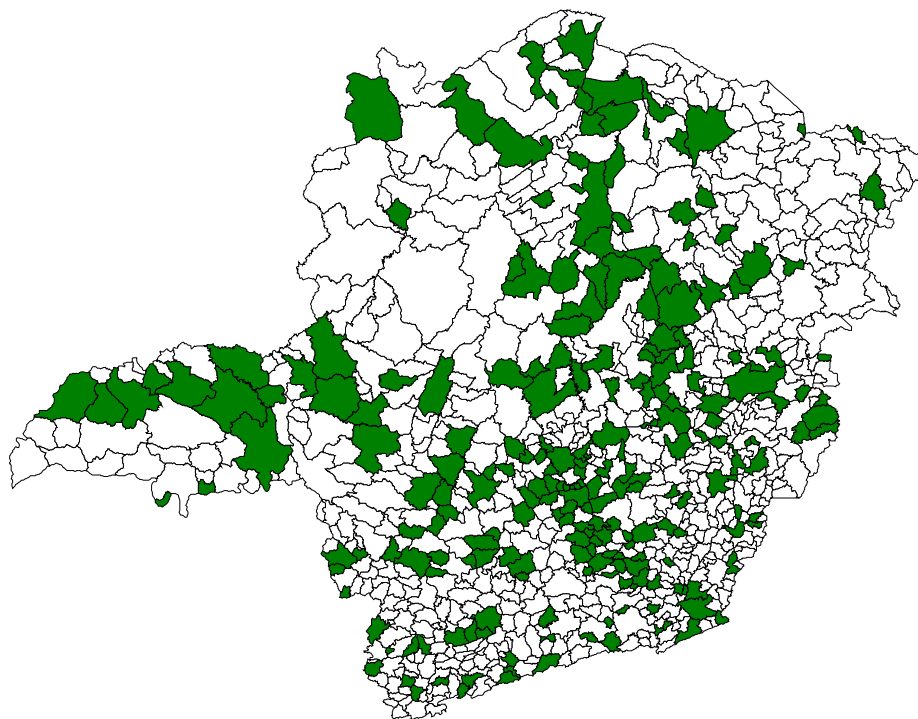


Figura 3: Mapa da distribuição dos municípios respondentes no Estado de Minas Gerais

As variáveis selecionadas para o cálculo dos indicadores de gestão estão demonstradas na tabela 3. Foram relatados os percentuais de municípios categorizados com código zero para cálculo do indicador da subdimensão.

Tabela 3 - Variáveis selecionadas para construção dos indicadores

Código	Variáveis	Número de municípios que responderam	Porcentagem de municípios que responderam	Percentual de municípios categorizados como 0 para atingir 201 respondentes
Atuação Intersetorial				
AI1	Relevância (% de escolas municipais com controle de alimentos na cantina)	174	20,4%	13,4
AI2	Efetividade (existência de domicílios com água fluoretada)	201	23,6%	0
AI3	Eficácia (existência de coleta sistemática do teor de flúor na água de abastecimento)	201	23,6%	0
AI4	Eficiência (% de escolas públicas com prática de escovação dental após o lanche)	175	20,5%	12,9
Participação popular				
PP1	Relevância (% da Unidades Básicas de Saúde que possuem material educativo saúde bucal)	168	19,7%	16,4%
PP2	Efetividade (Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde)	183	21,5%	8,9%
PP3	Eficácia (% de reuniões do Conselho Municipal de Saúde que discutiram algum tema de saúde bucal no período de um ano)	157	18,4	21,9
PP4	Eficiência (número de delegados cirurgiões-dentistas na Conferência Estadual de Saúde financiado pelo município).	157	18,4	21,9
Recursos Humanos				
RH1	Relevância (número de horas cirurgião-dentista/população do município)	167	19,6	16,9
RH2	Efetividade (% de unidades em que houve interrupção de atendimento por mais de 4 dias consecutivos, por falta de profissional de saúde bucal) ...	160	18,8	20,4
RH3	Eficácia (% de Equipe de Saúde da Família com saúde bucal)	187	21,9	6,9
RH4	Eficiência (Razão Auxiliar de Saúde Bucal + Técnico em Saúde Bucal/Cirurgião-dentista)	185	21,7	7,9
Infraestrutura				
IE1	Relevância: Número de especialidades referenciadas pelo município, considerando como máximo as cinco especialidades do Centro de Especialidade Odontológica (Diagnóstico, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais)	181	21,2	9,9
IE2	Efetividade (% UBS com atendimento de saúde bucal)	165	19,3	17,9
IE3	Eficácia (número de consultórios por população)	167	19,6	16,9
IE4	Eficiência (Interrupção por mais de 2 dias consecutivos devido à falta de material de consumo para atendimento odontológico)	159	18,6	20,9

Após obtenção de informações nas bases de dados, foi possível os seguintes percentuais de respostas para os indicadores de provimento de serviços de saúde bucal propostos pelo modelo de avaliação de Colussi e Calvo (2011) (TABELA 4). Esses resultados não foram objeto de análise nesta dissertação.

Tabela 4- Percentual de respostas para indicadores de provimento da atenção à saúde bucal

Código	Variáveis	Número de municípios que responderam	Porcentagem de municípios que responderam
INDICADORES DE PROVIMENTO – CRIANÇAS			
CPP1	Promoção e prevenção – Relevância – % USB com grupo de gestante ou bebês com profissional de SB	158	18,5%
CPP2	Promoção e prevenção – Efetividade – Cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal	142	16,6%
CPP3	Promoção e prevenção – Eficácia – Prevenção individual	285	33,4%
CDT1	Diagnóstico e tratamento – Relevância – Cobertura de atendimento odontológico Total de 1ª consulta na faixa etária/total da população na faixa etária	303	35,5%
CDT2	Diagnóstico e tratamento – Efetividade – Odontopediatria existência de Odontopediatras na rede municipal	157	18,4%
INDICADORES DE PROVIMENTO – ADOLESCENTES			
APP1	Promoção e prevenção – Relevância – Atuação multiprofissional % de UBS que encaminham adolescentes atendidos por outros profissionais para orientação em SB	130	15,2%
APP2	Promoção e prevenção – Efetividade – Educação em saúde bucal % de UBS com grupos de educação em saúde com atividades em SB para adolescentes	131	15,4%
APP3	Promoção e prevenção – Eficácia – Prevenção individual	78	9,1%
ADT1.1	Diagnóstico e tratamento – Relevância – Vínculo profissional (% de UBS em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento)	132	15,5%
ADT1.2	Diagnóstico e tratamento – Relevância - Cobertura de atendimento odontológico Total de uma consulta na faixa etária/total da população na faixa etária	241	28,6%
ADT2	Diagnóstico e tratamento – Efetividade – Tratamento conservador Número total de exodontias/número total de procedimentos individuais no ano	42	4,9%
INDICADORES DE PROVIMENTO - ADULTOS			
AdPP1	Promoção e prevenção – Relevância - Acesso a informação sobre câncer bucal % de UBS que possuem material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal	136	15,9%
AdPP2	Promoção e prevenção – Efetividade – Diagnóstico de lesões de mucosa existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano.	139	16,3%
AdPP3	Promoção e prevenção – Eficácia – Controle de risco (disponibilidade de procedimentos de biópsia)	135	15,8%
AdDT1	Diagnóstico e tratamento – Relevância – Saúde do trabalhador % de UBS com serviço de saúde bucal no 3 turno	123	14,4%
AdDT2	Diagnóstico e tratamento – Efetividade – Tratamento conservador	113	13,2%
INDICADORES DE PROVIMENTO - IDOSOS			
IPP1	Promoção e prevenção – Relevância – Atenção em saúde bucal para grupos de idosos (% de profissionais da odontologia das UBS que participam de algum grupo de idosos, seja na própria UBS ou na comunidade)	128	15,0%
IPP2	Promoção e prevenção – Efetividade – Atenção em SB para idosos com limitação incapacitante % UBS que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal	127	14,9%

IDT1.1	Diagnóstico e tratamento – Relevância – Cobertura de atendimento odontológico: primeira consulta de idosos/população de idosos	161	18,9%
IDT1.2	Diagnóstico e tratamento – Relevância – Atendimento preferencial: % de UBS em que os idosos são marcados preferencialmente	120	14,1%
IDT2.1	Diagnóstico e tratamento – Efetividade – Tratamento conservador	65	7,6
IDT2.2	Diagnóstico e tratamento –Efetividade – atendimento protético	326	38,2

5.3 PRODUTO TÉCNICO

5.3.1 Web Conferência

Tema: Painel para monitoramento de Indicadores de Saúde Bucal na gestão dos Serviços de Saúde Bucal.

5.3.2 Apresentação e justificativa

A telemática é uma disciplina que estuda a manipulação e utilização da informação pelo uso combinado de computador, seus acessórios e meios de comunicação. Sua utilização nos processos de educação permanente, qualificação profissional ou mesmo na graduação de profissionais da saúde é conhecida como telessaúde (MELO e SILVA, 2006). Durante os últimos anos, com o maior envolvimento dos sistemas de comunicação eletrônicos, as principais organizações internacionais, dentre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), adotaram oficialmente a terminologia e-saúde (MELO e SILVA, 2006; PEIXOTO e LUCAS, 2011).

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) desenvolve desde 2005 o Projeto de Extensão Teleodontologia, que iniciou-se com o Projeto BH Telessaúde. O programa de Teleodontologia da UFMG faz parte do Projeto Telessaúde do Ministério da Saúde (MS) e seu objetivo é aproximar profissionais dos serviços de saúde e alunos do conhecimento produzido na Universidade, resultando no aprimoramento de suas práticas profissionais. São realizadas webconferências quinzenalmente a partir do Núcleo de Telessaúde da Faculdade de Medicina da UFMG, com duração aproximada de 60 minutos, e contam com a participação de profissionais da ESF de todos os municípios do estado de Minas Gerais (PEIXOTO e LUCAS, 2011).

No dia 18/06/2018 ministrei a web conferência intitulada “Painel para monitoramento de Indicadores de Saúde Bucal na gestão dos Serviços de Saúde Bucal”, que ficará disponível no site da Biblioteca Virtual do Projeto Teleodontologia (O *link* para acessar a aula está disponível em <https://youtu.be/tLKAF5Ltjgs>), cujo público alvo foi os membros das ESB da

ESF. A escolha de uma web conferência como meio de divulgação do produto técnico se baseou na capacidade que a estratégia possui de compartilhamento de saberes entre o serviço e a academia. Por meio desse recurso, é possível que a ação pedagógica se desenvolva tanto durante sua transmissão online (em tempo real) quanto posteriormente, uma vez que esse material também ficará disponível no site, potencializando o alcance do público alvo, em termos quantitativos.

5.3.3 Objetivos da web conferência ministrada

Objetivo geral:

Discutir com os profissionais participantes da web conferência sobre a importância do monitoramento dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária, bem como o registro das informações.

Objetivos específicos:

- Estimular o planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços;
- Informar sobre criação de painel de monitoramento em saúde;
- Compartilhar a experiência realizada no município de Congonhas MG.

5.3.4 Considerações

Avalio que a experiência de participação na web conferência realizada pelo programa Teleodontologia da UFMG é ímpar, tanto para os convidados quanto para os telespectadores. Pois sua capacidade de interação entre os participantes em localidades distintas, contribuindo com suas experiências e construindo saberes, permitem o avanço no campo da odontologia independente da temática abordada.

teleodontologia.ufmg

TELEODONTOLOGIA
WEBCONFERÊNCIA

“ Painel para Monitoramento de Indicadores de Saúde na Gestão dos Serviços de Saúde Bucal ”

18/06/2018 – 14:00

Link para assistir:
<http://www.medicina.ufmg.br/cetes>

Raquel Ferreira
Glayson da Silva Barbosa

Fonte: Facebook

teleodontologia.ufmg O tema a ser abordado na próxima webconferência será " Painel para Monitoramento de Indicadores de..."

Figura 4: Divulgação da Webconferência no Projeto Teleodontologia.

Políticas Públicas de Saúde

UFMG
FACULDADE DE ODONTOLOGIA (UFOD)

Rede de atuação articulada

PNSB-2004

PRESSUPOSTOS

(BRASIL, 2004)

5:52 / 1:08:30

Painel para Monitoramento de Indicadores de Saude na Gestao dos Servicos de Saude Bucal

36 visualizações

0 0 COMPARTILHAR

Figura 5: Vídeo disponível no canal do Youtube

5.3.2 Capítulo de livro

O capítulo de livro foi elaborado como uma produção técnica do Mestrado Profissional em odontologia em Saúde Pública. A proposta foi uma produção conjunta pelos alunos do curso visando a elaboração de um e- Book, a ser publicado. O e-book está em processo de formatação e compilamento dos capítulos. Nesta dissertação, foi apresentado o material produzido, vinculado ao desenvolvimento desta dissertação.

Monitoramento dos serviços de saúde bucal
Painel para monitoramento de indicadores de saúde bucal na gestão dos
serviços de saúde bucal: relato da experiência de Congonhas, MG

Glayson da Silva Barbosa

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Raquel Conceição Ferreira

1. Gestão dos serviços de saúde e informações em saúde

O conteúdo deste capítulo de livro está localizado no campo da gestão em saúde. A gestão das organizações de saúde é um conjunto de ações e instrumentos gerenciais e administrativos importantes para a efetivação de políticas, que é ao mesmo tempo condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Tendo em vista a complexidade que caracteriza a gestão em saúde, gestores de serviços de saúde são demandados como articuladores e integrativos (SILVA; ROQUETE, 2013), atuando no planejamento, monitoramento, avaliação, apoio institucional e mediação de interesses e conflitos entre usuários, profissionais de saúde e governantes.

A informação em saúde é o ponto de partida para o monitoramento e a avaliação, portanto importante e necessário para o gestor. O monitoramento corresponde ao acompanhamento sistemático dos serviços, ao passo que a avaliação pontual se refere ao julgamento sobre esses serviços em um determinado ponto do tempo (HARTZ; SILVA, 2005). O planejamento, monitoramento e avaliação com base em informações de qualidade devem-se constituir em ferramentas para a garantia da efetividade e da eficiência dos serviços prestados. Recursos tecnológicos são aliados dos gestores para que sua tomada de decisão seja cada vez mais facilitada e, ainda baseada em dados de qualidade e quantidade adequadas. As informações para planejamento e monitoramento dos serviços devem descrever uma realidade e assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS. (KRIGER, CARVALHO, 2012).

Ter acesso às informações pertinentes ao seu campo de atuação é premissa para o processo avaliativo. Programas, *softwares* ou quaisquer outras tecnologias que armazenem, processem e analisem estas informações serão sempre ferramentas úteis na gestão dos serviços. O SUS possui o Sistema de Informação de Saúde – SIS que agrega

as informações do setor de saúde, porém as informações são armazenadas de forma isolada, fragmentada e geralmente em sistemas do tipo Stand- Alone (PINOCHET, 2011), como SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização). A busca por *softwares* que associem as informações de saúde com componentes clínicos, administrativos/organizacionais, financeiros, provenientes da assistência à saúde é anseio de muitos gerenciadores de serviços. Softwares que além do mencionado anteriormente, permitem associação das informações geradas em serviços específicos de maneira contínua realizada por diferentes organizações e integradora com diversos sistemas e pontos de atenção representaria um grande avanço na gestão dos serviços e sistemas de saúde.

Além de conhecer a informação, o gestor necessita saber quando, onde, e como esta informação é gerada, e principalmente o local para o seu armazenamento. Por exemplo, se gestor necessita monitorar a produtividade, as informações são geradas nas unidades prestadoras dos serviços assistenciais, ou seja, na própria Atenção Básica-AB. Atualmente no SUS, as informações de saúde são armazenadas nos sistemas próprios. Por exemplo, as informações geradas nos serviços de AB são lançados localmente no e-SUS (SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica, sistema vigente até a implantação do e-SUS em 2016), as informações de saúde oriundas dos serviços secundários são lançadas e armazenadas no SIA-SUS (Sistema de Informação ambulatorial do SUS), as informações sobre vacinas são lançadas e armazenadas no SI-PNI (Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização). Os dados dos exames preventivos de colo do útero são lançados e armazenados no SISCOLO (Sistema de informação do Câncer de colo do útero). Há ainda outros sistemas: SISMAMA, SISPRÉNATAL, SIM, SINASC, SINAN. Cada sistema de informação possui instrumentos próprios para coleta, lançamento e armazenamento da informação.

O processo de obtenção de informações, da geração do dado à sua coleta, armazenamento, processamento, análise e transformação em informação útil para o planejamento, requer do gestor habilidades específicas como a de um investigador. ***O monitoramento exige que o gestor busque todas as informações que possam afetar ou estar relacionadas ao fato investigado.***

Por exemplo, quando se monitora “acesso aos serviços de saúde” é importante o acompanhamento do território, tamanho populacional, localização geográfica das unidades básicas de saúde, barreiras geográficas, quantidade e equipes de saúde

implantadas, tipos de unidades (Tipo I, Tipo II, Tipo III), modalidade de serviços (Modalidade I e Modalidade II), número de profissionais em cada serviço, jornada de trabalho semanal de cada profissional, ou seja, ter o diagnóstico situacional do território com dados epidemiológicos daquela comunidade. O monitoramento do acesso envolve avaliar quantas pessoas de fato conseguem usar os serviços ofertados (primeira consulta programática, nº de sessões por alta, urgências, nº de escovações realizadas, nº de PTR entregues, etc.). Além disso, os gestores devem estar atentos aos aspectos que envolvem a **acessibilidade** a esses serviços. Neste caso, é importante identificar quais são as barreiras físicas (distâncias, transporte, meios de locomoção), culturais (valores e comportamentos acerca do cuidado e do autocuidado com a boca e o corpo), e financeiras ao acesso. Há necessidade de que se saiba se os procedimentos ofertados apresentam resolutividade frente às demandas da população, pois, muitas vezes, na atenção primária, as respostas são insuficientes para os tratamentos requeridos, o que pode desestimular as pessoas a procurarem os serviços. É fundamental também, a atualização permanente do cadastro da população adscrita, uma vez que esta não é estática, e se desloca dentro do território e fora dele. E finalmente, reconhecer se o modelo de atenção privilegia formas de organização do acesso com equidade, e leva em conta a vulnerabilidade e os riscos biológicos e sociais. Obter estas informações e saber interpretá-las, é vital à gestão do acesso em uma unidade de saúde. Em função disto, este monitoramento deve envolver toda a equipe em um processo de trabalho onde é fundamental a participação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Os serviços de saúde que não são monitorados tendem à desorganização e distanciamento de sua meta ou objetivos. Como exemplo, citamos a epidemia de febre amarela no ano de 2017 nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo. A provável falta de acompanhamento da situação vacinal de uma população possibilitou a rápida disseminação quando um indivíduo não imunizado foi infectado.

Para o monitoramento de perto de um objeto, programa ou serviço de saúde, faz-se necessário lançar mão de ferramentas que auxiliem aos gestores destes serviços neste acompanhamento. O conhecimento do campo de atuação é necessário para o estabelecimento destes painéis ou sala de situação, podendo ser realizado diagnóstico situacional, estabelecendo as informações (dado, fato, evento ou condição) pertinentes do objeto a ser avaliado ou do serviço a ser gerido. De posse destes dados, o próximo passo será transformar estas informações em indicadores, que serão trabalhados nos painéis ou salas de situação.

Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. É uma tentativa de estabelecer medidas, quantitativas ou qualitativas, como forma de aproximação da realidade de um dado fenômeno, fato, evento ou condição. Os indicadores podem ser utilizados para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso sistemático organizado de informação sintética sobre a evolução do aspecto observado. Os indicadores servem para: esclarecer valores, diagnosticar problemas, comunicar estratégias, entender processos, definir responsabilidades, envolver pessoas, fazer parte ativa da remuneração funcional, melhorar o controle e planejamento, identificar ações de melhorias, mudar comportamentos, tornar possível a visualização de resultados e facilitar a delegação de responsabilidades (HARTZ, 2005)

A qualidade dos indicadores reflete-se na sua capacidade de fornecer os conhecimentos necessários para a gestão sem que seja necessária a coleta e processamento de um número infinito de dados (KRIGER; CARVALHO, 2012). Um bom indicador deve permitir uma coleta de informações com certa frequência permitindo ao gestor agir dentro do ciclo avaliativo. Bons indicadores devem possuir algumas propriedades como: periodicidade, validade, representatividade, simplicidade, comparabilidade, confiabilidade, mensurabilidade, economicidade, sensibilidade, estabilidade, desagregabilidade e deve ser ainda auditável. Os indicadores não são simplesmente números, são atribuições de valor a objetivos, acontecimentos ou situações, para se chegar ao resultado pretendido (BRASIL, 2005).

2. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), as ações e serviços de saúde bucal são regidas pelos princípios do SUS e da AB. Desta forma, cabe à AB o ordenamento dos fluxos entre este nível de atenção e os Centros de Especialidades Odontológicas, Hospitais de Referência, Centros de diagnósticos e os locais de apoio, como os Laboratórios regionais de Prótese Dental, trabalhando de forma conjunta e em equipe com os demais profissionais que compõe a Estratégia Saúde da Família- ESF.

Para saber mais:

A implantação do prontuário eletrônico do cidadão-PEC em todos os municípios brasileiros está prevista para o ano de 2018. Nele, cada profissional durante o atendimento do usuário registra as informações. Este sistema possibilitará a integralização dos dados dos usuários na atenção primária.

Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2300

Nos serviços de saúde bucal na AB, os instrumentos de coleta de informações são as fichas impressas de atendimento odontológico individual e coletivo do e-SUS ou no próprio Sistema do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Nos Centros de especialidades Odontológicas (CEO), os instrumentos de coleta são locais (próprios em cada município), porém os dados são lançados e armazenados no SIA-SUS. Todas as informações de saúde geradas nos serviços de saúde são consolidadas no DATA-SUS. Portanto, as informações devem ser geradas a partir dos registros nos referidos sistemas de informação. Nesse processo, podem ocorrer erros na coleta, no lançamento dos dados, o que pode prejudicar a precisão das informações. Por exemplo, procedimentos realizados e não lançados nos formulários ou sistema; lançamentos equivocados por desconhecimento das denominações e códigos dos procedimentos por parte dos profissionais. Nesta situação, pode-se exemplificar os procedimentos de Raspagem alisamento e polimento supra gengival ou sub gengival, que devem ser contabilizados por sextantes, muitas vezes podendo ser lançados como procedimento único pelos profissionais. Outro erro comum é o lançamento de procedimentos incompatíveis com a Classificação Brasileira de Ocupação-CBO.

Fique atento!

Os procedimentos gerados no SUS são armazenados nos Sistemas de informações próprios e cada procedimento está vinculado a uma Classificação Brasileira de Ocupação. Se, no lançamento, houver alguma incompatibilidade, após a apuração o próprio sistema glosará o lançamento. Nesta situação, muitas vezes se o gestor não for atento e acompanhar de perto os relatórios de exportação do sistema, não verificará que houve glosa e os dados daquele serviço ou município estarão com erros. Nos serviços públicos são necessárias constantes atualizações sobre a carteira de serviços prestados no município bem como a atualização dos procedimentos e seus respectivos códigos para se evitar glosas.

Nos serviços públicos de saúde bucal, quer seja na AB ou na atenção especializada, o monitoramento também é fundamental para amparar o gestor na realização do apoio institucional, nas tomadas de decisões e na revisão do planejamento. Para o monitoramento de um programa ou serviço de saúde, é necessário lançar mão de ferramentas que auxiliem aos gestores.

Nos serviços de saúde bucal inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), o gestor deve monitorar desde o acesso aos serviços, processos de trabalho e até mesmo procedimentos executados, podendo lançar mão de indicadores já consolidados no acompanhamento destes serviços como: Cobertura de 1ª consulta odontológica programática, Razão entre 1ª consulta odontológica programática e tratamentos odontológicos concluídos, Cobertura de 1ª consulta odontológica programática para gestantes, entre outros. Contudo, observa-se escassez de ferramentas que auxiliem os gestores no desempenho de suas funções. Para usar as informações dos sistemas de informação existentes como o e-SUS, os gestores devem extrair as informações do banco de dados para transformá-las em indicadores para depois montar os painéis de monitoramento.

No campo da saúde, os indicadores comumente usados são de: acesso, modelo de atenção à saúde bucal, produtividade, diagnóstico, integralidade e resolutividade e podem ser utilizados pelas três esferas de gestão com intuito de acompanhar o desenvolvimento da saúde bucal.

Indicadores de Acesso:		
Percentual de cobertura populacional por equipes de saúde bucal (ESB), avaliação do acesso da população aos serviços odontológicos (tratamentos clínicos, urgências odontológicas, tratamento clínico às gestantes)		
Indicador	Objetivo	Cálculo
1-Cobertura populacional por Equipes de Saúde Bucal-ESB	Indicar o percentual populacional coberto por serviços de saúde bucal na atenção básica. É um indicador de acesso dos serviços de saúde. É um dos indicadores primordiais para planejamento de investimentos de recursos humanos e financeiros para oferta de serviços à população e de garantia de uma política pública, neste caso a Política Nacional de Saúde Bucal, que tem por objetivo garantir a universalização dos serviços de saúde bucal à população brasileira. Como referência, pode-se tomar por base o parâmetro de cobertura proposto Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que é de 3000 habitantes por equipe.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de ESB implantadas no município} \times 3000}{(\text{População residente}) \times 100}$ <p>Fonte: denominador IBGE.</p>

Indicadores de Acesso:		
Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal (ESB), avaliação do acesso da população aos serviços odontológicos (Cobertura estimada em função da carga horária dos profissionais que atuam nos serviços convencionais ou de ESB)		
Indicador	Objetivo	Cálculo
2-Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal-ESB.	Indicar o percentual populacional coberto por serviços de saúde bucal na atenção básica. Permite uma análise da cobertura dos serviços de saúde bucal em função da carga horária dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede pública municipal. Serve como referencial para parametrização dos serviços odontológicos tradicionais frente ao proposto para as Equipes de Saúde Bucal contido na PNSB.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Soma da carga horária dos cirurgiões – dentistas 40 horas semanais} * 3000}{\text{População no mesmo local e período} ** x 100}$ <p>Fonte: Numerador: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) ** 223208 CIRURGIAO DENTISTA CLÍNICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA 223293 CIRURGIAO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA 223272 CIRURGIAO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA DENTISTA DE SAUDE COLETIVA.</p> <p>Denominador: Base demográfica do IBGE</p>

Indicadores de Acesso:		
Percentual de cobertura de 1º consulta odontológica programática, quanto maior o percentual melhor será o acesso aos serviços de saúde bucal. Mas este indicador juntamente com o indicador de percentual de Tratamentos concluídos evidenciará uma maior resolutividade em saúde bucal na atenção primária.		
Indicador	Objetivo	Cálculo
3- Avaliação do acesso da população aos serviços de Saúde Bucal	Avaliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal. Ele possibilita análises sobre a cobertura da população com primeira consulta odontológica, podendo indicar tendências do perfil de atendimento, se existe apenas urgências e emergências, ou se há uma atenção integral em saúde bucal para toda a população, ou para grupos específicos.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{N^{\circ} \text{ total de 1a consulta odontológica programática de um mesmo local e período} \times 100}{\text{População de um mesmo local e período}}$ <p>Fonte: numerador e-SUS ou SAI/SUS Código 0301010153 Denominador: Base demográfica do IBGE</p>

Indicadores de Acesso:		
<p>Percentual de cobertura de 1º consulta odontológica programática ofertado às gestantes, quanto maior o percentual melhor será o acesso aos serviços de saúde bucal às gestantes. Mas este indicador juntamente com o indicador de percentual de Tratamentos concluídos indicará uma maior resolutividade em saúde bucal na atenção primária junto às gestantes.</p>		
Indicador	Objetivo	Cálculo
<p>4- Cobertura de consultas odontológicas programadas às gestantes</p>	<p>Avaliar o acesso das gestantes da área de abrangência da ESF aos serviços de saúde bucal. Preconiza-se que 100% das gestantes acompanhadas pela ESF e do território faça o pré-natal odontológico. Portanto, deve ocorrer o registro de todas estas usuárias, que devem ser acompanhadas por todos os profissionais. Uma cobertura de 100% deste indicador pode ser resultado de um processo de trabalho bem organizado e de trabalho em equipe eficiente.</p>	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de 1}^\circ \text{ consulta odontológica programática à gestante de um mesmo local e período}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas em determinado local e período}}$ <p>Fontes: Numerador – *e-sus Denominador – ** SIS-Pré natal.</p>

Indicadores de Acesso: Consultas de Urgências odontológicas		
Razão entre consultas odontológicas de urgência e número total de população cadastrada.		
Indicador	Objetivo	Cálculo
5- Média de consultas odontológicas de urgência.	Avaliar a oferta de serviços de urgência à população adscrita. De forma indireta, este indicador pode auxiliar aos gestores na avaliação do modelo de assistência à saúde bucal ofertados nos serviços. Modelos focados ou exclusivos para demanda espontânea tendem a apresentarem valores elevados para este indicador.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de consultas odontológicas de urgência em determinado local e período}}{\text{População residente no mesmo local e período **}}$ <p>Fontes: Numerador – SAI/SUS código 0301060037 Denominador – ** IBGE</p>

Indicadores de Acesso: Acesso às ações preventivas		
Percentual de população coberta por ações preventivas de escovação dental coletiva supervisionada.		
Indicador	Objetivo	Cálculo
6- Proporção de ação coletiva de escovação dental supervisionada:	Avaliar a participação dos usuários em ações coletivas de escovação dental supervisionada com dentífrico fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e doença periodontal. Possibilita a análise comparativa dos dados epidemiológicos, verificando relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal. Facilita o monitoramento das ações preventivas e de promoção da saúde bucal.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada} * \text{realizada em determinado local}}{12 \text{ meses}} \frac{\text{N}^\circ \text{ total da População no mesmo local}}{\text{N}^\circ \text{ total da População no mesmo local}} \times 100$ <p>*Código do SIA/SUS – Tabela Unificada: 101020031 Fonte: Numerador: Sistema de Informações Ambulatórias do SUS. SIA/SUS. Denominador: Base Demográfica do IBGE</p>

Indicadores de Acesso: Aos serviços odontológicos restauradores, reabilitadores e preventivos.		
Razão entre exodontia de dentes permanente e total de procedimentos odontológicos individuais realizados.		
Indicador	Objetivo	Cálculo
7- Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	Avaliar se os serviços prestados possuem um foco na resolução dos problemas de saúde bucal através das mutilações ou nos processos curativos restauradores e conservadores. Esse indicador possibilita analisar a orientação dos modelos propostos para a assistência odontológica individual, visto que mostra qual a participação dos procedimentos individuais mutiladores (exodontias de dentes permanentes) no total de procedimentos individuais realizados, que devem ser, em sua maioria, restauradores, conservadores e preventivos. Avalia acesso aos serviços de saúde bucal. Sendo assim quanto menor os valores desta proporção podemos inferir que a ênfase está nos procedimentos curativos e restauradores, ou melhor acesso aos serviços odontológicos da rede pública. Devemos ter um cuidado em verificar que o numerador também muito baixo pode exemplificar uma resistência da ESB em não realizar tal procedimento, nos levando à uma falsa análise uma vez que o procedimento não é realizado.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de exodontias de dentes permanentes realizadas em determinado local e período} *}{\text{Número total de procedimentos individuais odontológicos em determinado local e período}}$ <p style="text-align: center;">**</p> <p>Fontes: Numerador – *Código do SIA/SUS: 03.041.02-6. Denominador – ** Códigos do SIA/SUS: somatório de todos os procedimentos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.01-1 (procedimentos coletivos) e 03.021.01-7 (1ª consulta odontológica).</p>

Indicadores de Modelo Assistencial:		
Razão entre consultas de urgências odontológicas e primeiras consultas odontológicas programadas.		
Indicador	Objetivo	Cálculo
8- Razão entre consultas odontológicas de urgências e primeiras consultas odontológicas programáticas.	Aferir qual o modelo de assistência à saúde bucal ofertada a dada população. Por se tratar de uma razão, valores próximos de zero indicam que o modelo ofertado visa o tratamento clínico e não somente a resolução da demanda espontânea. Quanto maior for a oferta aos tratamentos clínicos e sua conclusão menor serão os casos de urgência odontológica e de casos de demanda espontânea. Não se espera resultados 0,0 pois assim poderíamos inferir que no serviço avaliado não há espaço para atendimento às urgências odontológicas. Por outro lado, quando encontramos resultados próximos ou maiores que 1,0 indica que há um enfoque maior à demanda espontânea em detrimento das consultas agendadas e tratamentos concluídos. Quando esta situação ocorrer devemos estar atentos ao porte populacional da área de abrangência da ESB e até mesmo à cobertura populacional por ESB, quanto menor a cobertura maior será os casos de demanda espontânea. Este indicador é de grande valia quando associado a análise do percentual de TC e ao percentual de cobertura da ESB. ESB com população adscrita superior à 4000 pessoas tendem a possuir uma sobrecarga de demanda espontânea.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de consultas odontológicas de urgência} * \text{em determinado local e período}}{\text{Número de primeira consulta odontológica programada} * \text{em determinado local e período}}$ <p>Fontes: Numerador – *Código do SIA/SUS: 03.01010037. Denominador – ** Códigos do SIA/SUS: 0301010153.</p>

Indicadores de Modelo de Produtividade: Produtividade proporcional do corpo clínico		
Produção proporcional dos profissionais dentistas que atuam nos serviços		
Indicador	Objetivo	Cálculo
9-Produtividade:	Permite identificar a compatibilidade entre a produção dos procedimentos odontológicos realizados no município e o quantitativo de cirurgiões-dentistas identificados na rede.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\textit{Quantitativo total de procedimentos individuais}}{\textit{Quantitativo de cirurgiões – dentistas}}$

Indicadores de Produtividade: Produtividade por hora de trabalho		
Indicador	Objetivo	Cálculo
<p>10- Razão entre o número total de procedimentos individuais realizados em determinado local e período em relação ao número de horas trabalhadas dos profissionais da ESB.</p>	<p>Monitorar a produtividade da equipe de saúde bucal frente a parâmetros pactuados entre gestão e profissionais, bem como os parâmetros adotados na linha guia da Atenção à saúde bucal do estado de MG (um procedimento individual a cada 20 minutos, ou 3 procedimentos individuais por hora de trabalho). Para uma jornada de 8 horas de trabalho espera-se um número de 21 procedimentos individuais realizados, levando-se em consideração intervalos de descanso de 15 minutos a cada 4 horas de trabalho e 30 minutos para outros imprevistos.</p>	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número total de procedimentos individuais * odontológicos em determinado local e período}}{\text{Quantitativo de horas trabalhadas por profissionais da saúde bucal no mesmo local e período}}$ <p>**.</p> <p>Fontes: Numerador – * Códigos do SIA/SUS: somatório de todos os procedimentos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.01-1 (procedimentos coletivos) e 03.021.01-7 (1ª consulta odontológica).</p> <p>Denominador – **CNES.</p>

Indicadores de Produtividade:		
Permite avaliar a capacidade de produção da unidade quanto ao seu potencial físico, recursos humanos.		
Indicador	Objetivo	Cálculo
11- Capacidade e potencial física e da capacidade potencial de recursos humanos.	Tem por finalidade demonstrar aos profissionais dos serviços de saúde bucal e aos gestores deste serviço qual a capacidade produtiva instalada em cada serviço de saúde bucal em condições ideais. Neste indicador, é avaliado equipamento e carga horária profissional. É um indicador de produtividade e pode ser mensurado de três maneiras.	<p>FÓRMULA:</p> <p>a) Taxa de utilização: proporção de uso da capacidade potencial física</p> $= \frac{\text{Total de procedimentos produzidos na unidade no período}}{\text{Total de procedimentos do potencial físico na mesma unidade e período}} \times 100$ <p>b) Taxa de utilização: proporção de uso capacidade de recursos humanos</p> $\frac{\text{Total de procedimentos produzidos na unidade no período} \times 100}{\text{Total de procedimentos do potencial de recursos humanos na mesma unidade e período}}$ <p>C) Potencial produtivo físico no mês = Quant. equipos odont. X n.º horas/turno dia x parâmetro proc./hora x 22 dias úteis/mês = atendimento odont./mês</p> <p>D) Potencial produtivo de recursos humanos no mês = Quant. profissionais x carga horária diária x parâmetro proc./hora x dias úteis/mês = procedimentos odontológicos/mês.</p>

Indicadores de Diagnóstico: Câncer de boca		
Taxa de Incidência de câncer de boca em determinada população		
Indicador	Objetivo	Cálculo
12- Taxa de incidência de alteração de tecidos da mucosa oral.	Informar a incidência de alteração de tecidos da mucosa oral de determinada população em determinado período. O indicador é importante para planejamento de ações de prevenção ao câncer de boca, bem como diagnóstico para estruturação da rede de apoio ao portador de câncer de boca, uma vez que os serviços destinados a esta patologia são altamente especializados e complexos, necessitam de alta tecnologia e altos custos, obrigando assim aos gestores da maioria das cidades brasileiras a buscarem as pactuações com grandes centros e de referência nos estados para atendimento destas demandas.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de biópsias realizadas de tecidos moles da boca}}{\text{Quantitativo populacional de mesmo local e período **}}$ <p>* em determinado local e período.</p> <p>Fontes: Numerador – * Códigos do SIA/SUS: somatório dos códigos: 0201010232, 02010100348, 0201010372, 0201010526. Denominador – **IBGE.</p>

Indicadores de Integralidade: Média de instalação de próteses		
Indicador	Objetivo	Cálculo
13- Média de instalação de próteses odontológicas.	Avaliar a média de próteses odontológicas ofertadas a uma determinada população em determinado período. É um indicador que também reflete a integralidade da atenção em odontologia.	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Número de próteses odontológicas instaladas em determinado local e período} *}{\text{População do mesmo local e período} **}$ <p>Fontes: Numerador – * Códigos do SIA/SUS: somatório dos códigos: 0701070099, 0701070102, 0701070110, 0701070129, 0701070137, 0701070145, 0701070153.</p> <p>Denominador – **IBGE.</p>

Indicadores de Resolutividade: Proporção de tratamentos concluídos		
Indicador	Objetivo	Cálculo
14- Proporção de tratamentos concluídos (TC) em relação à 1º consultas odontológicas programáticas:	<p>Avaliar a resolutividade dos tratamentos ofertados nos serviços de saúde bucal, pois nos informa qual a proporção dos tratamentos concluídos frente ao quantitativo de consultas odontológicas iniciais. Espera-se que 100% dos que iniciaram os tratamentos tenham estes tratamentos concluídos. O resultado deste indicador pode inferir a responsabilidade do usuário frente aos serviços ofertados, uma vez que os abandonos interferem diretamente neste indicador. Pode inferir sobre o modelo de atenção odontológico ofertado na rede, se é um serviço focado na demanda espontânea ou programada.</p>	<p>FÓRMULA:</p> $\frac{\text{Quantitativo de tratamentos odontológicos concluídos em determinado local e período} *}{\text{Quantitativo de 1º consultas odontológicas programadas no mesmo local e período}} \times 100$

2. Experiência da criação e uso de uma ferramenta tecnológica para construção de um “Painel de Monitoramento dos Serviços de Saúde Bucal em Congonhas, MG (PMSSB).

Nesta parte do texto, será compartilhada uma experiência exitosa de monitoramento de serviços de saúde bucal que tem sido desenvolvida no município de Congonhas, Minas Gerais. Este monitoramento visa auxiliar a gestão dos serviços de saúde bucal do município no diagnóstico dos serviços prestados, na abrangência dos serviços ofertados, nos resultados alcançados nos serviços ofertados e auxílio na tomada de decisões e também no apoio institucional.

Congonhas é um município da região central do estado, situado à 80 KM da capital Belo Horizonte (Figura 1). O município tem sua gênese datada em 1745 com a formação de um vilarejo distrito do arraial de Queluz de Minas.

Localização geográfica do município de Congonhas:



Figura 1 – Mapa do Estado de Minas Gerais com a posição geográfica do município de Congonhas na região central do estado.

Fonte: www.clubedalinguaport.blogspot.com

Cidade importante no cenário cultural e econômico do país. Cultural devido às obras do mestre Aleijadinho e às suas igrejas centenárias, destaque à Basílica do Sr. Bom Jesus que congrega as principais e mais famosas obras de arte do Mestre Aleijadinho representadas pelos 12 profetas no Adro da Basílica, sendo inclusive eleita como imagem representante do estado de Minas Gerais (Figuras 2 e 3). Importante no cenário econômico por ter sua economia voltada quase exclusivamente à mineração (importante jazida de minério de ferro do país) e siderurgia. O município possui importantes Mineradoras como as empresas VALE, FERROUS, NAMISA, CSN. E importante siderúrgica como Gerdau.



Figura 2 - Vista da Basílica do Sr. Bom Jesus de Matozinhos.

Fonte: www.cultura.gov.br



Figura 3 - Imagem dos 12 profetas na igreja Basílica do Bom Jesus em Congonhas MG

Fonte: www.cultura.gov.br

O município possuía uma população de 53.348 habitantes (IBGE, 2017). O sistema de saúde possui gestão plena de seus serviços e uma estrutura organizacional estabelecida sob 5 diretorias (Atenção básica, Assistência à Saúde, Regulação de Saúde, Saúde Pública e Urgência e emergência). Os serviços de saúde bucal se dividem em níveis de atenção, sendo ofertados na Atenção Básica, inseridos na Estratégia Saúde da Família, coordenados e subordinados à diretoria de Atenção Básica. Já os serviços odontológicos especializados são ofertados pelo Centro de Especialidades Odontológicas-CEO e subordinados a outra Coordenação e à Diretoria de Assistência à Saúde (Figura 4).

Em 2017, o município contava com 18 Equipes de Saúde da Família e 18 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas. Todas as ESB estavam inseridas nas ESF. Um total de 17 ESB eram modalidade tipo II, uma ESB modalidade Tipo I, composta por 17 cirurgiões-dentistas, 18 auxiliares de saúde bucal (ASB) e 17 técnicas em saúde bucal (TSB), com jornada de trabalho de 40 horas semanais.



Figura 4- Organograma da prefeitura municipal de Congonhas,2017

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde- Congonhas MG.

Em 2017, o município contava com 51 consultórios odontológicos instalados, sendo 41 na AB e 10 na atenção secundária, ou Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tipo II. O Centro de Especialidades Odontológicas ofertava as seguintes especialidades: Endodontia, Estomatologia, Cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial, Periodontia e Atendimento aos portadores de necessidades especiais. Este CEO é regional atendendo a mais 9 municípios, correspondendo à uma população de quase 100.000 pessoas. Há ainda anexo ao CEO um consultório odontológico que presta suporte à ESB no caso de impossibilidade desta atender aos usuários de demanda espontânea (fora de horário de funcionamento). Este consultório, anexo ao CEO, está em atividade das 07:00 as 19:00 de segunda às sextas feiras.

Na AB, a Odontologia conta com 18 ESB inseridas nas 18 ESF, contando com consultórios de apoio nas zonas rurais dos territórios adscritos a algumas ESF. No total, são 41 consultórios odontológicos instalados, sendo um consultório para cada 1300

pessoas. A razão entre cirurgiões dentistas e habitantes é de 1:2944 pessoas na atenção básica. No município, a gestão dos serviços de saúde bucal é feita por um coordenador de Saúde Bucal e um coordenador do Centro de Especialidades Odontológicas, ambos cirurgiões-dentistas.

Para uma melhor organização no processo de trabalho na rede de serviços odontológicos ofertados pelo município, foram criados protocolos de fluxos e agendamentos, além de capacitação e difusão do conhecimento junto aos profissionais do setor. Essas medidas foram construídas e pactuadas conjuntamente como resultado do trabalho em equipe entre os profissionais da ESB e os demais profissionais da ESF. Foram elas:

1º- A ESB tem responsabilidade sobre seu território, reconhece a comunidade que assiste;

2º- A ESB deve possuir o diagnóstico local em mãos com, pelo menos, o levantamento de necessidades odontológicas de sua comunidade;

3º- A ESB deve reconhecer qual sua demanda de portadores de necessidades especiais (PNE), o número de gestantes cadastradas segundo o risco gestacional, de diabéticos e de hipertensos com seus respectivos riscos;

4º - A ESB deve realizar, pelo menos uma vez ao ano, campanha para detecção precoce do câncer de boca, possuir registro de acompanhamento dos pacientes com lesões ou alteração de tecidos da mucosa bucal e controle da referência e contra referência destes pacientes, acompanhar e manter o registro dos usuários encaminhados a outros níveis de atenção ou outros serviços;

5º- A ESB deve possuir registro dos usuários que acessaram os serviços odontológicos da unidade com índice de necessidade odontológica inicial, data da primeira consulta e data do término do tratamento, registrar abandonos, ter os prontuários individuais arquivados nos prontuários familiares e conjuntamente com os da ESF;

6º- A ESB deve possuir uma agenda organizada, programada e discutida com todos os envolvidos (gestão x profissionais x população), garantindo harmonia no trabalho e credibilidade na programação pactuada entre as partes. A programação da agenda somente deve ser organizada após o diagnóstico local, depois de mensurado o tamanho do desafio que a ESB enfrentaria em seu território.

7º - A ESB deve participar de reuniões no máximo bimestrais com participação de todos os profissionais da equipe. Nestas reuniões, são discutidas questões sobre o

processo de trabalho, revisões de planejamento, fluxos, discussões de casos clínicos, propostas ou determinações enviadas pela SES/MG ou pelo próprio Ministério da Saúde.

8º Uma vez ao ano, todos os profissionais da ESB se reúnem para discutir as metas pactuadas, os indicadores alcançados, os desafios do ano findado, os desafios para o ano que se iniciará, programação de férias e repactuação das metas e objetivos para o próximo ano.

Painel de Monitoramento de indicadores de saúde bucal

Atenção:

A pactuação de metas deve levar em conta as estruturas físicas de cada unidade, os serviços de manutenção dos equipamentos odontológicos, se há equipamentos para reposição (autoclave, compressor, caneta de alta rotação, etc.), a oferta dos insumos e demais materiais de consumo, o rol de procedimentos clínicos ofertados pela ESB ou carteira de serviços ofertados na atenção básica, a carga horária dos profissionais, a modalidade dos serviços de saúde bucal (tipo I ou II), quantidade de consultórios odontológicos por ESB, se há profissional para substituição aos membros da ESB quando por licença médica, férias ou licença maternidade; o percentual de usuários do SUS de cada comunidade, se há serviço de referência para procedimentos especializados como Endodontia, Cirurgia oral menor, Periodontia, Estomatologia, Prótese, Oncologia, Cirurgia oral maior, serviço de urgências odontológicas.

Para contribuir com a gestão e monitoramento dos serviços de Saúde Bucal ofertados à população, o Coordenador de Saúde Bucal desenvolveu um “Painel de Monitoramento da Saúde Bucal” para análise permanente de indicadores de saúde bucal. O Painel é uma matriz de indicadores cujo acompanhamento sistemático conforma o monitoramento, contínuo e oportuno, da atuação de gestores e técnicos sobre as prioridades da política de saúde (DRUMOND, 2010)

O monitoramento é considerado uma atividade que privilegia as equipes e gestores próximos à tomada de decisão. De caráter interno e gerencial, sua realização deve acontecer durante o período de execução de uma ação, sem o compromisso de um juízo de valor imediato, mas, a sinalização de possíveis avanços ou falhas. As informações oriundas de um monitoramento organizado, sistematizado e com metodologia adequada

de análise, sinalizam o comportamento de uma determinada ação. A descrição da variação temporal tem, como objetivo central, captar mudanças no tempo - que os indicadores apontam. O monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões (TAMAKI; et.al., 2012).

A avaliação para gestão constitui-se em elemento capaz de subsidiar as tomadas de decisões, ou seja, proporcionar respostas aos que vivenciam o objeto avaliado. A incorporação da avaliação por gestores de sistemas ou serviços de saúde propicia informações necessárias a intervenções (TAMAKI; et.al.,2012)

O painel auxilia a gestão na tomada de decisão, evidencia a realidade da execução dos serviços em cada ponto de atendimento, apontando os avanços ou situações que necessitam adequação ou mudança de planejamento para o alcance das metas e objetivos traçados por todos. O seu uso favorece também o apoio institucional preconizado pelo Ministério da Saúde, pois os resultados alcançados são compartilhados com cada ESB, favorecendo o reconhecimento das falhas e visualização dos avanços. Pelas informações obtidas no painel, é possível realizar uma análise da resolutividade dos serviços em cada ESB, por exemplo, pela mensuração do percentual de encaminhamentos para o CEO, inclusive por especialidade. Os indicadores contribuem também para o planejamento de compra de insumos e equipamentos favorecendo a economia de recursos financeiros.

Para construção do painel, foi desenvolvido um conjunto de planilhas no programa Excel® da Microsoft Office®, que armazena as diversas informações geradas nas unidades de saúde onde estão inseridas as Equipes de Saúde Bucal- ESB.

As planilhas foram construídas usando o programa Excel®, cujas funcionalidades possibilitam a consolidação de dados, geração de gráficos, alertas de indicadores não alcançados ou alcançados. Além disso, é um *software* amplamente utilizado e de fácil manuseio, com baixo custo de uso comparado aos *softwares* de gestão oferecidos no mercado e aos municípios.

A partir dos dados inseridos na planilha são gerados indicadores de saúde bucal, consolidados por profissional, por equipe e por município. Há um conjunto de planilhas específico para as atividades de responsabilidade do Cirurgião-dentista e outro dos Técnicos em Saúde Bucal. As funcionalidades das ferramentas, a dinâmica de alimentação e obtenção de informações foram descritas nos tópicos abaixo:

- 1) As informações para alimentação das planilhas são obtidas das fichas de atendimento individual, de atividades coletivas do e-SUS e dos relatórios emitidos pelo próprio e-sus.
- 2) A tela inicial do painel de monitoramento contempla ícones referentes às ESB e seus respectivos profissionais. Há ainda um ícone referente ao consolidado municipal, outro ícone para acesso aos gráficos, outro para se acessar os serviços de manutenção e, por fim, um ícone de acesso ao controle de absenteísmo dos profissionais que atuam nos serviços de saúde bucal do município. Para acessar as planilhas listadas anteriormente deve-se clicar o cursor do mouse sobre o ícone (Figura 5)

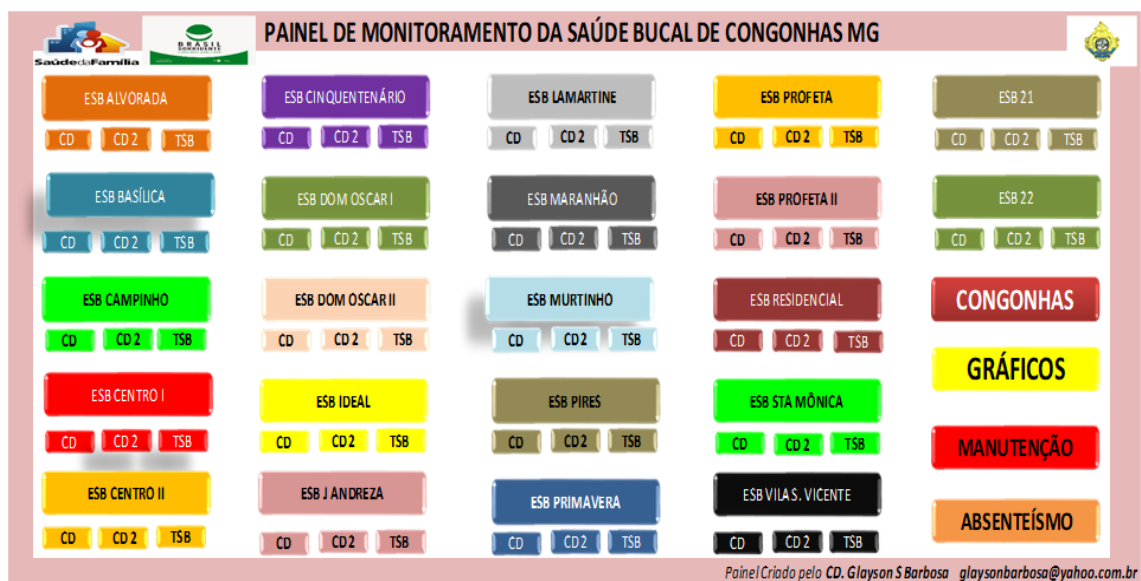


Figura 5 - Tela inicial do painel de monitoramento

- 3) Ao entrar no ícone de cada profissional de uma determinada ESB abrirá uma planilha, que deverá ser alimentada diariamente, referente às atividades dos cirurgiões-dentistas (Figura 6) e das TSB (Figura 7).

CARTEIRA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA		TIPO		ITEM		CÓDIGO		DIAS DO MÊS																								Total				
								2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°		6°			
PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO AO APOIO INSTITUCIONAL	O. Especializada	escuta inicial/ orientação						0																								0				
		consulta no dia						0																								0				
		ATEN URG		0.301060037				0																								0				
		1ª consulta odontológica Programática		0.301010153				0																								0				
		1ª Consulta Odontológica Gestante						0																								0				
		Consult retorno		0.301010030				0																								0				
	O. Programada		consulta de manutenção						0																								0			
	INDIVIDUAIS		PROCEDIMENTOS		ACESSO A POLPA DENTAL		0.307020010		0																								0			
					ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA				0																								0			
					APLICAÇÃO CARIOSTÁTICO/ DENTE		0.101020058				0																								0	
					APLICAÇÃO SELANTE/ DENTE		0.101020066				0																								0	
					A.T.F. INDIVIDUAL/ SESSÃO		0.101020074				0																								0	
					CAPEAM PULP DIRT D PER		0.307010015				0																								0	
					PROT. CORONÁRIA INTRA RA		0.701070145				0																								0	
					Curet dentomora 2/ 3/ prep bio		0.307020029				0																								0	
					DRENAGEM/ ABSCESSO		0.401010031				0																								0	
					EVIDENCIAÇÃO DE PLACA		0.101020082				0																								0	
					EXO DECIDUO		0.414020120				0																								0	
					EXO PERM		0.414020138				0																								0	
					PPR MANDIBULAR		0.701070009				0																								0	
					PPR MAXILAR		0.701070102				0																								0	
					PRÓTESE TEMPORÁRIA		0.701070110				0																								0	
					PT MANDÍBULA		0.701070129				0																								0	
					PT MAXILA		0.701070137				0																								0	
					MOLDAAGEM DENTOGENGIVAL		0.307040070				0																								0	
					ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL		0.101010010				0																								0	
					PROFILAXIA		0.307030040				0																								0	
					PULPOTOMIA P+D		0.307020070				0																								0	
					RAP SUPRA(SEXTANTE)		0.307030016				0																								0	
					CURET SUB (SEXTANTE)		0.307030059				0																								0	
					REST DECIDUO		0.307010023				0																								0	
					REST DENT PERM ANT		0.307010031				0																								0	
					REST DENT PERM POST		0.307010040				0																								0	
					Remoção de sutura		0.301100152				0																								0	
					SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE		0.101020090				0																								0	
					TRATAMENTO ALVEOLITE		0.414020383				0																								0	
					ULCERILITOMIA		0.414020405				0																								0	
					FRENECTOMIA		0.401010082				0																								0	
					GENGIVECTOMIA		0.414020154				0																								0	
					GLOSSORRAFIA		0.414020170				0																								0	
					CONTENÇÃO P SPLINTAGE		0.414010019				0																								0	
					COROA PROVISORIA		0.701070056				0																								0	
					TRTAM CIRUR HEMORRA		0.414020359				0																								0	
					TRTAM NEVRALGI FACIAIS		0.307010058				0																								0	
					BIOPSIA		0.201010526				0																								0	
PROCEDIMENTOS COLETIVOS					AÇÃO COLET ESCOV SUPER		0.101020031		0																								0			
					A.T.F. COLETIVA		0.101020015		0																								0			
					ATIV COLET EDUC EM SAUD		0.101010010		0																								0			
					AÇÃO COLET LEV EPIDM		0.101030040		0																								0			
					VISITA DOMIC PROF P. MED		0.101030010		0																								0			
					VISITA DOMIC PROF SUP		0.301010137		0																								0			
OUTROS PROC.D. SAUS					AÇÃO COLET LEV EPIDM		0.101020040		0																								0			
						0																								0						
Total de procedimentos								0																								0				
FORNECIMENTO		Escova dental				0																								0						
		Creme dental				0																								0						
		Fio dental				0																								0						
ENCAMINHAMENTOS		Atendimento a PNE				0																								0						
		Cirurgia BMF				0																								0						
		Endodontia				0																								0						
		Estomatologia				0																								0						
		Implantodontia				0																								0						
		Odontopediatria				0																								0						
		Ortodontia/ Ortopedia				0																								0						
		Periodontia				0																								0						
		Prótese dentária				0																								0						
		Radiologia				0																								0						
		Outros				0																								0						
		TOTAL DE ENCAMINHAMENTOS								0																								0		
		MANUTENIMENTO		COMPARECIMENTOS				0																								0				
ALTAS						0																								0						
FALTAS						0																								0						
Abandonos						0																								0						
BASE DE DADOS		HORAS TRABALHADAS		0		0																								0						
		GESTANTES CADASTRADAS		###		0																								#REF!						
POPULAÇÃO CADASTRADA DO TERRITÓRIO						3000																														
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL																																				
INDICADORES DE ACESSO	TIPO DE INDICADOR		META PACTUADA		2°																								TOTAL							
					3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°								
INDICADORES DE ACESSO	cobertura populacional		100%		100																															
	cobertura populacional estimada		100%		100																															
	COBERTURA DE 1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA		16%																										#DIV/0!							
	COBERTURA DE 1ª CONSULTA ODONT. PROGRAMADA A GESTANTE		60%																										#REF!							
	Média de consulta odontológicas de urgência/ população		0																										#DIV/0!							
INTEGRALIDADE	Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada		> 6,0																										0							
	Proporção de exodontias de permanentes em razão de proced.		< 3,0																										0							
	Média de instalação de próteses odontológicas		0																										0							
	Número total de procedimentos realizados		0																										0							
	Proporção de procedimentos individuais por hora trabalhada		>3,0																										#DIV/0!							
INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	taxa de utilização dos serviços (Capacidade potencial física)		0																										0							
	taxa de utilização: capacidade de recursos humanos		0																										0							
	pot. prod. físico / mês=(n° de equipes x hor trab x parâ de proced/ hora x 22 dias úteis)		0																										0							
	Potencial produtivo de recursos humanos/mês		528																										0							
	Razão entre consulta odont de urgência e 1ª consulta odont progr.		<0,6																										#DIV/0!							
Modelo Assistencial	Percentual de Demanda Programada (PDP)		>80%																										#DIV/0!							
	Percentual de demanda Espontânea (PDE)		<20%																										#DIV/0!							
DIAGNÓSTICO	taxa de incidência de alteração de mucosa oral ou oral ou pele		0																										0							
	Proporção de resolutividade odontológica na APS		>80%																										#DIV/0!							
RESOLUTIVIDADE	Proporção de Tratamentos concluídos em razão dos Iniciados		>73%																										#DIV/0!							
	Consultas realizadas		10/dia																										0							
AGENDA	Consultas realizadas		12/dia																										0							
	consultas disponibilizadas		12																										0							

Figura 6 - Planilha para lançamento dos dados e indicadores de saúde bucal referentes às atividades dos cirurgiões-dentistas

		ESB ALVORADA RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DIÁRIA TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL ESB JANEIRO DE 2018																												
		DIAS DO MÊS																												
		2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	total			
CARTEIRA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	TIPO	ITEM	CÓDIGO																											
	D. espontânea	escuta inicial/ orientação																												
		consulta no dia																												
	Programado	Consult retorno	0.301010030																											
		consulta de manutenção																												
	Procedimentos individuais		APLICAÇÃO CARIOSTÁTICO/ DENTE	0.101020058																										
			APLICAÇÃO SELANTE/ DENTE	0.101020066																										
			A.T.F. INDIVIDUAL/ SESSÃO	0.101020074																										
			EVIDENCIAÇÃO DE PLACA	0.101020082																										
			ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	0.101010010																										
			PROFILAXIA	0.307030040																										
			RAP SUPRA(SEXTANTE)	0.307030016																										
			Remoção de sutura	0.301100152																										
			SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE	0.101020090																										
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS		AÇÃO COLET ESCOV SUPER	0.101020031																										
			A.T.F. COLETIVA	0.101020015																										
			ATIV COLET EDUC EM SAUD	0.101010010																										
			AÇÃO COLET LEV EPIDM	0.101020040																										
			VISITA DOMIC PROF P MED	0.101030010																										
	OUTROS PROCED. SIA SUS																													
	Total de procedimentos Coletivos				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total de procedimentos individuais				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total de procedimentos				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	FORNECIMENTO		Escova dental																											
		Creme dental																												
		Fio dental																												
MONITORAMENTO	Encaminhamento	Outros profissionais da atenção básica																												
		TOTAL DE ENCAMINHAMENTOS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Monitoramento		COMPARECIMENTOS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			FALTAS																											
			Abandonos																											
	BASE DE DADOS		HORAS TRABALHADAS																											
		POPULAÇÃO CADASTRADA DO TERRITÓRIO		0																										
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL																														
TIPO DE INDICADOR		META PACTUADA	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	TOTAL		
Indicadores de acesso	Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada	> 6,0	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	#DIV/0!		
	Percentual de atividades educativas e de promoção de saúde/ proced individuais		###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	#DIV/0!		
INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	Número total de procedimentos realizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Proporção de procedimentos individuais por hora trabalhada	>3,0	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	#DIV/0!		
	taxa de utilização dos serviços (Capacidade potencial física)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	pot. prod. físico / mês=(n° de equipes x hor trab x parâ de proced/ hora x 22 dias úteis)			528																										
Potencial produtivo de recursos humanos/mês	24*18=		432																											
Modelo Assitencial	Proporção de procedimentos coletivos em razão dos procedimentos individuais		###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	#DIV/0!		
AGENDA	Consultas agendadas	10/dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Consultas realizadas	12/dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	consultas disponibilizadas	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Figura 7 - Planilha para lançamento dos dados e indicadores de saúde bucal referentes às atividades dos TSB.

A planilha das atividades dos cirurgiões-dentistas está organizada em três seções: Serviços de saúde bucal ofertados na APS, Painel de monitoramento e auxílio no apoio institucional e Indicadores de saúde Bucal, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição da planilha para registros dos dados diários da atuação dos cirurgiões-dentistas e geração de indicadores de saúde bucal

Seções	Descrição e orientações para registro dos dados	
Serviços de saúde bucal ofertados na APS do município	Serão registrados diariamente o número de consultas por cada tipo (espontâneas ou programadas) e o número de procedimentos individuais e de procedimentos coletivos realizados. Há um espaço denominado outros serviços, onde podem ser registradas atividades não previstas acima, realizadas na APS. Nessa seção, há também campos para o registro do fornecimento de escovas de dente, cremes dentais e fio dental à população atendida pelo profissional monitorado Figura 8.	
Integralidade da Atenção Fig 9.	Encaminhamentos realizados pelo profissional	Nesses campos serão registrados o número total de usuários encaminhados diariamente para cada especialidade odontológica ou para o serviço de Radiologia. Na ausência de encaminhamentos no dia, deve-se registrar o número zero.
	Monitoramento do acesso aos serviços	Nessa seção, serão registrados o número total de consultas, de faltas, de altas e de abandonos. Os abandonos são caracterizados após um n° de faltas sem justificativas já estabelecido no protocolo de fluxos e agendamento (no município de Congonhas este número foi estabelecido em 2 faltas sem justificativas). Sendo assim quando este paciente atinge este n° de faltas estabelecidos no protocolo ele é considerado como abandono de tratamento e registrado pelo CD.
	Base de dados	Nesses campos, serão registradas informações que serão necessárias para o cálculo dos indicadores de saúde bucal, apresentados na próxima seção: carga horária do profissional, bem como o número de gestantes e a população total cadastrada no território adscrito da unidade onde este profissional está inserido.
Indicadores de Saúde Bucal, Fig.10.	Acesso	Os indicadores de avaliação de acesso gerados na planilha mensalmente a partir das informações registradas nos campos anteriores são: <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura populacional por ESB - Cobertura de 1ª consulta odontológica programada

		<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de 1ª consulta odontológica programada para gestante - Média de consultas odontológicas de urgência em razão do total da população cadastrada no território - Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada em razão do total da população cadastrada - Proporção de exodontias de dentes permanentes em razão do número total de procedimentos odontológicos individuais ofertados à população em determinado período.
	Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> - O único indicador incluído para avaliação da integralidade foi a média de instalação de próteses odontológicas na população de uma determinada unidade de saúde por se tratar de uma especialidade inserida na APS no contexto dos serviços ofertados no Brasil.
	Produtividade	<p>A produção ambulatorial pode ser avaliada pelos seguintes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número total de procedimentos odontológicos realizados pelo profissional - Proporção de procedimentos realizados por hora trabalhada por este profissional - Taxa de utilização dos serviços no que se refere a capacidade instalada - Taxa de utilização sob o aspecto do número de recursos humanos disponibilizados no serviço. <p>Ainda na subdimensão de Produtividade podemos acompanhar o Potencial produtivo em função da estrutura física e potencial produtivo em função dos recursos humanos. É possível avaliar a produtividade em função do número de profissionais alocados em cada serviço bem como ao pactuado em protocolos de agendamento e número de procedimentos esperados em determinada jornada de trabalho. Esta subdimensão é de grande importância para avaliação profissional quanto ao proposto e pactuado pelo serviço e o que realmente é executado.</p>

	Modelo Assistencial	<p>Os indicadores de modelo assistencial buscam monitorar o processo de trabalho do profissional em relação a assistência prestada tanto na demanda programada quanto na demanda espontânea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Razão entre consulta odontológica de urgência e 1ª consulta odontológica programática (mensura se os serviços assistenciais estão voltados à demanda programada ou demanda espontânea, em período específico). O objetivo dos serviços odontológicos propostos pelo SUS é alcançar a integralidade por meio da atenção à demanda programada. Assim, é desejável que esta razão seja menor ou igual 0,5. Razões maiores que 0,5 podem inferir que determinado profissional ou serviço está concentrado na atenção à demanda espontânea. Outra explicação para uma alta razão pode ser uma sobrecarga de demanda sobre a ESB. Para distinguir esta situação devemos verificar territorialização, porte populacional deste território, tipo de ESB se tipo I ou Tipo II, percentual de população SUS dependente deste território. Exemplo: em um território de 6000 pessoas, com 90% de sua população SUS dependente e cuja ESB atuante na ESF é de modalidade tipo I, é compreensível uma razão maior que 0,5. Nesta situação a ação a ser tomada será pela gestão e não na ESB. - Percentuais de demanda programada nos serviços avaliados; -Percentual de demanda espontânea nos serviços avaliados;
	Diagnóstico	Os indicadores de diagnóstico são a taxa de alteração de tecidos moles da boca e pele anexos. Este indicador afere os percentuais populacionais do território que apresentaram tais alterações.
	Resolutividade	<p>Os indicadores de resolutividade incluídos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporção de resolutividade odontológica na APS: Espera-se um resultado igual ou superior a 80%. Pois é desejável que 80% ou mais das necessidades dos usuários sejam resolvidas no nível da APS

		<p>(OMS, 1978). Este indicador é calculado com informações das 1^{as} consultas odontológicas programáticas, tratamentos concluídos e número total de encaminhamentos às especialidades.</p> <p>- Proporção de tratamentos concluídos em função das 1^{as} consultas odontológicas ofertadas.</p> <p>Mensura a resolutividade absoluta da Saúde Bucal.</p>
	<p>Agenda (poderíamos chamar de acesso organizacional?)</p>	<p>O objetivo desses dois indicadores é contribuir para a organização da agenda. Em Congonhas numa jornada de trabalho de 8 horas diárias, a agenda dos cirurgiões-dentistas contempla 10 consultas programadas e duas consultas espontâneas, totalizando assim 12 consultas diárias. Diante disso, podemos monitorar as consultas agendadas, consultas disponibilizadas e as consultas realizadas. Nestes campos não há necessidade de lançamento de informações, pois há uma fórmula inserida capaz de informar o número de pacientes agendados a partir das informações já lançadas nos campos das consultas de demanda espontânea, demanda programada. Trata-se tão somente uma informação gerada pelo painel para informação aos avaliadores.</p>

A planilha de acompanhamento dos profissionais Técnicos em Saúde Bucal é composta por 3 seções: Serviços de saúde bucal ofertados na APS, Monitoramento e Indicadores de Saúde Bucal, conforme descrito no quadro 2.

		ESB ALVORADA RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DIÁRIA CIRURGIÃO DENTISTA ESB _____ JANEIRO DE _____																											
		DIAS DO MÊS																											
		2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	total		
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS OFERTADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	D. espontânea	escuta inicial/ orientação																										0	
		consulta no dia																											0
		ATEN URG	0.301060037																										0
	D. Programada	1° consulta odontológica Programática	0.301010153																										0
		1° Consulta Odontológica Gestante																											0
		Consult retorno	0.301010030																										0
	PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS	consulta de manutenção																											0
		ACESSO A POLPA DENTAL	0.307020010																										0
		ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA																											0
		APLICAÇÃO CARIOSTÁTICO/ DENTE	0.101020058																										0
		APLICAÇÃO SELANTE/ DENTE	0.101020066																										0
		A.T.F. INDIVIDUAL/ SESSÃO	0.101020074																										0
		CAPEAM PULP DIRT D PER	0.307010015																										0
		PROT. CORONÁRIA INTRA RA	0.701070145																										0
		curat demora c/ s/ prep bio	0.307020029																										0
		DRENAGEM ABSCESSO	0.401010031																										0
		EVIDENCIAÇÃO DE PLACA	0.101020082																										0
		EXO DECIDUO	0.414020120																										0
		EXO PERM	0.414020138																										0
		PPR MANDIBULAR	0.701070009																										0
		PPR MAXILAR	0.701070102																										0
		PRÓTESE TEMPORÁRIA	0.701070110																										0
		PT MANDÍBULA	0.701070129																										0
		PT MAXILA	0.701070137																										0
		MOLDAGEM DENTOGENGIVAL	0.307040070																										0
		ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	0.101010010																										0
		PROFILAXIA	0.307030040																										0
		PULPOTOMIA P+D	0.307020070																										0
		RAP SUPRA(SEXTANTE)	0.307030016																										0
		CURET SUB (SEXTANTE)	0.307030059																										0
REST DECIDUO		0.307010023																										0	
REST DENT PERM ANT		0.307010031																										0	
REST DENT PERM POST		0.307010040																										0	
Remoção de sutura		0.301100152																										0	
SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE		0.101020090																										0	
TRATAMENT ALVEOLITE		0.414020383																										0	
ULEC/ ULOTOMIA	0.414020405																										0		
FRENECTOMIA	0.401010082																										0		
GENGIVECTOMIA	0.414020154																										0		
GLOSSORRAFIA	0.414020170																										0		
CONTENÇÃO P SPLINTAGE	0.414010019																										0		
COROA PROVISORIA	0.701070056																										0		
TRTAM CIRUR HEMORRA	0.414020359																										0		
TRTAM NEVRALGI FACIAIS	0.307010058																										0		
BIOPSIA	0.201010526																										0		
PROCEDIMENTOS COLETIVOS	AÇÃO COLET ESCOV SUPER	0.101020031																									0		
	A.T.F. COLETIVA	0.101020015																									0		
	ATIV COLET EDUC EM SAUD	0.101010010																									0		
	AÇÃO COLET LEV EPIDM	0.101020040																									0		
	VISITA DOMIC PROF P MED	0.101030010																									0		
OUTROS PROCED. SIA SUS	VISITA DOMIC PROF SUP	0.301010137																									0		
	AÇÃO COLET LEV EPIDM	0.101020040																									0		
Total de procedimentos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FORNECIMENTO	Escova dental																										0		
	Creme dental																										0		
	Fio dental																										0		

Fig. 8 - Painel de monitoramento saúde bucal, seção Serviços de saúde bucal ofertados na APS.

Fonte: SMS Congonhas, MG.

		INDICADORES DE SAÚDE BUCAL																												
TIPO DE INDICADOR		META PACTUADA	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	TOTAL		
INDICADORES DE ACESSO	Cobertura populacional	100%	100																											
	cobertura populacional estimada	100%																												
	COBERTURA DE 1° CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA	16%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
	COBERTURA DE 1° CONSULTA ODONT. PROGRAMADA À GESTANTE	60%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	Média de consulta odontológicas de urgência/ população		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada	> 6,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Proporção de exodontias de permanentes em razão de proced.	< 3,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
INTEGRALIDADE	Média de instalação de próteses odontológicas		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	Número total de procedimentos realizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Proporção de procedimentos individuais por hora trabalhada	>3,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
	taxa de utilização dos serviços (Capacidade potencial física)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	taxa de utilização: capacidade de recursos humanos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	pot. prod. físico / mês=(n° de equipamentos x hora de trabalho / hora x 22 dias úteis)		528																											
	Potencial produtivo de recursos humanos/mês		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Modelo Assistencial	Razão entre consulta odon. de urgência e 1° consulta odont. progr.	<0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
	Percentual de Demanda Programada (PDP)	>80%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
	Percentual de demanda Espontânea (PDE)	<20%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
DIA GNÓSTICO	taxa de incidência de alteração de mucosa oral ou oral ou pele		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RESOLUTIVIDADE	Proporção de resolutividade odontológica na APS	>80%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
	Proporção de Tratamentos concluídos em razão dos iniciados	>73%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	
AGENDA	Consultas agendadas	10/dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Consultas realizadas	12/dia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	consultas disponibilizadas	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Fig.10 - Painel de monitoramento saúde bucal, seção Indicadores de saúde bucal.

Fonte: SMS Congonhas, MG.

Quadro 2: Descrição da planilha para registros dos dados diários de cada TSB e geração de indicadores de saúde bucal

Seções	Descrição e orientações para registro	
Serviços de saúde bucal ofertados na APS, Fig. 11e 12.	Os campos para registro nesta planilha incluem atividades de competência do TSB em conformidade com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). Da mesma forma anteriormente relatada, serão registrados diariamente o número de consultas por cada tipo (espontâneas ou programadas) e o número de procedimentos individuais e coletivos realizados	
Monitoramento	Encaminhamentos realizados pelo profissional	Serão registrados os encaminhamentos realizados pela TSB para outros Profissionais. Esses encaminhamentos são realizados quando o TSB realiza o acolhimento do usuário e há necessidade de encaminhamento. Em Congonhas, a atenção básica é responsável pelos encaminhamentos aos CEO ou outros serviços de maior complexidade. Os protocolos dão as dimensões das condutas, de modo a evitar encaminhamentos desnecessários. O profissional TSB segundo protocolo existente no município de Congonhas, só pode encaminhar usuário a outro profissional ou outro ponto de atenção quando o CD não está presente na unidade de saúde a fim de se evitar duplicidade de lançamento de dados.
	Monitoramento	Campos para registros iguais aos descritos anteriormente
	Base de dados	Campos para registros iguais aos descritos anteriormente
Indicadores de Saúde Bucal	Acesso aos serviços de saúde bucal	Para avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal, são avaliados os seguintes indicadores: - Percentual de escovação dental supervisionada realizado junto a população adscrita do território - Percentual de ações educativas e de promoção de saúde em razão dos procedimentos individuais realizados
	Produtividade,	. São registrados: - Número de procedimentos realizados

		<ul style="list-style-type: none">- Proporção de procedimentos realizados por hora de trabalho- Taxa de utilização dos serviços segundo a capacidade física e o potencial produtivo físico daquela TSB.
	Modelo assistencial	O único indicador de modelo assistencial avaliado para o TSB é a proporção de procedimentos coletivos em razão dos procedimentos individuais.
	Agenda	Os indicadores acompanhados são idênticos aos do CD conforme descrição já feita anteriormente.




  		ESB _____ RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DIÁRIA CIRURGIÃO DENTISTA ESB _____ JANEIRO DE ____																												
PERÍODO 01/11/2016 À 30/11/2016 CIRURGIÃO DENTISTA: ASB: TSB:		<table border="1"> <tr> <td>Total procedimentos:</td> <td style="background-color: red; color: white;">0</td> </tr> <tr> <td>Dias trabalhados:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>População do território</td> <td></td> </tr> </table>		Total procedimentos:	0	Dias trabalhados:		População do território																						
Total procedimentos:	0																													
Dias trabalhados:																														
População do território																														
CARTEIRA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA			DIAS DO MÊS																											
	TIPO	ITEM	CÓDIGO	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°	6°	total	
	D. espontânea	escuta inicial/ orientação																												0
		consulta no dia																												0
	Programado	Consult retorno		0.301010030																										0
		consulta de manutenção																												0
	Procedimentos individuais	APLICAÇÃO CARIOSTÁTICO/ DENTE		0.101020058																										0
		APLICAÇÃO SELANTE/ DENTE		0.101020066																										0
		A.T.F. INDIVIDUAL/ SESSÃO		0.101020074																										0
		EVIDENCIAÇÃO DE PLACA		0.101020082																										0
		ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL		0.101010010																										0
		PROFILAXIA		0.307030040																										0
		RAP SUPRA(SEXTANTE)		0.307030016																										0
		Remoção de sutura		0.301100152																										0
		SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE		0.101020090																										0
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS	AÇÃO COLET ESCOV SUPER		0.101020031																										0
		A.T.F. COLETIVA		0.101020015																										0
		ATIV COLET EDUC EM SAUD		0.101010010																										0
		AÇÃO COLET LEV EPIDM		0.101020040																										0
		VISITA DOMIC PROF P MED		0.101030010																										0
	OUTROS PROCED. SIA SUS																												0	
	Total de procedimentos Coletivos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total de procedimentos individuais			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total de procedimentos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	FORNECIMENTO		Escova dental																										0	
Creme dental																												0		
Fio dental																												0		

Fig.11 - Painel de monitoramento em Saúde bucal (TSB), seção serviços ofertados na APS. Fonte: SMS, Congonhas MG.

MONITORAMENTO	Outros profissionais da atenção básica		0																									
	Encaminhamento	TOTAL DE ENCAMINHAMENTOS	0																									
Monitoramento	COMPARECIMENTOS		0																									
	FALTAS		0																									
	Abandonos		0																									
BASE DE DADOS	HORAS TRABALHADAS		0																									
	POPULAÇÃO CADASTRADA DO TERRITÓRIO		0																									
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL																												
TIPO DE INDICADOR		META PACTUADA	2º	3º	4º	5º	6º	2º	3º	4º	5º	6º	2º	3º	4º	5º	6º	2º	3º	4º	5º	6º	2º	3º	4º	5º	6º	TOTAL
Indicadores de acesso	Proporção de ações coletivas de escovação dental supervisionada		> 6,0	#DIV/0!																								
	Percentual de atividades educativas e de promoção de saúde/ proced individuais			#DIV/0!																								
INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	Número total de procedimentos realizados			0																								
	Proporção de procedimentos individuais por hora trabalhada		>3,0	#DIV/0!																								
	taxa de utilização dos serviços (Capacidade potencial física)			0																								
	pot. prod. físico / mês=(nº de equipes x hor trab x parâ de proced/ hora x 22 dias úteis)			528																								
	Potencial produtivo de recursos humanos/mês		24*18=	432																								
Modelo Assistencial	Proporção de procedimentos coletivos em razão dos procedimentos individuais			#DIV/0!																								
AGENDA	Consultas agendadas		10/dia	0																								
	Consultas realizadas		12/dia	0																								
	consultas disponibilizadas		12	0																								

Fig. 12 - Painel de monitoramento em Saúde bucal (TSB), seção serviços ofertados na APS. Fonte: SMS, Congonhas MG.

4) O conjunto de tabelas agrupa as informações por profissionais (cirurgião dentista- 40 h/semanais, Técnico em Saúde bucal, Cirurgião dentista de apoio 20h/semanais), ou seja, os serviços ofertados por cada profissional são registrados numa planilha específica para aquele profissional. Cada planilha é nomeada conforme sua representação, por exemplo: a Planilha do Cirurgião Dentista da unidade ESF Alvorada é nomeada como “**CD ESF Alvorada**”, a planilha da Técnica em Saúde Bucal da ESF Alvorada é nomeada como “**TSB ESF Alvorada**” e a planilha da **ESF Alvorada** recebe o mesmo nome.

5) Após o registro dos dados nas planilhas dos profissionais, com a inserção de fórmulas específicas, ocorrem automaticamente a consolidação dos dados segundo suas semelhanças, numa planilha específica da unidade onde estes profissionais trabalham. Ou seja, as planilhas dos profissionais CD, TSB, CD apoio da ESB Basílica serão consolidadas na Planilha idêntica à do CD, porém denominada ESB Basílica. Desta forma para cada planilha consolidada da ESB poderemos monitorar os dados do Painel diariamente, quer seja por números absolutos

procedimentais ou através de indicadores (Figura 13). Há uma planilha para cada mês do ano. Nestas planilhas são consolidados os dados referentes a produção dos CD e TSB com seus respectivos meses, possibilitando um acompanhamento individual da atuação de cada profissional e da ESB de maneira conjunta.

7) Os consolidados mensais das planilhas da ESB retroalimentam a planilha mensal do município que é nomeada com o nome do município.

As planilhas são alimentadas por um profissional, especificamente designado para essa função, com carga horária semanal de 30 horas. Esse profissional é um Técnico em Saúde Bucal, o que favorece ao reconhecimento de cada procedimento e de suas particularidades. Para todas as planilhas, os indicadores de saúde bucal podem ser acompanhados, com alertas em cor vermelha para aqueles que estiverem com valores abaixo das metas estabelecidas. Esta funcionalidade representa um facilitador para o gestor para visualizar qual profissional, ESB ou indicador necessitam de atenção para aprimorar o cuidado ao usuário.

Outras funcionalidades:

- Gráficos: são gerados gráficos que possibilitam acompanhar a evolução de alguns indicadores de saúde bucal do município.
- Gastos com manutenção técnica dos equipamentos dos serviços de saúde bucal: são lançados os valores gastos com manutenção de equipamentos odontológicos por UBS.
- Absenteísmo: Tem como objetivo o acompanhamento das faltas, atestados e folgas de cada profissional ao longo do ano. Importante função para municípios que possuem ou pretendem realizar gratificação por desempenho profissional, uma vez que este indicador é sempre levado em consideração nas premiações ou gratificações nos planos de cargos e carreiras.

O Painel de monitoramento descrito assim como os programas já existentes na atualidade apresenta limitações. Como principais limitações podemos citar a necessidade de um digitador que usará os instrumentos de coleta (fichas do e-SUS ou Relatórios do e-SUS) para alimentar as planilhas, outra limitação do instrumento é que o mesmo não permite a busca automática das informações dos procedimentos realizados pelos profissionais das unidades de saúde diretamente nos sistemas oficiais como o e-SUS, o que limita seu uso. Tal planilha não é integrada aos Sistemas de Informação do SUS. Porém como inovação podemos citar que o Painel de monitoramento descrito permite mensurar a realidade dos serviços locais ou dos dados dos serviços que forem utilizados para alimentá-los. A perspectiva é de que tal instrumento sirva de ideia ou protótipo para criação de um programa de gestão à Saúde Bucal (APS) que consiga extrair os dados lançados nos sistemas de informação oficiais. Pois tal ferramenta seria de suma importância para auxílio na gestão deste serviço de saúde que é tão importante e ainda em construção em nosso país.

O Painel de Monitoramento dos serviços de saúde bucal de Congonhas pode ainda sofrer aprimoramentos, uma vez que pode abarcar outras funções como por exemplo controle de férias dos profissionais, controle de gastos com materiais e insumos para os serviços. Enfim, a proposta de Painel de Monitoramento pode ser aplicada de diversas maneiras, sempre com vistas de auxílio na gestão para o gestor de saúde bucal. Lembramos ainda que este modelo de Painel pode ser adaptado para os serviços prestados pela Equipe de Saúde da família, bastando haver uma adequação às ações e procedimentos aos serviços ofertados por aqueles serviços.

REFERÊNCIAS

- 1- ALVES, M.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 441-6, 2004.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno 2 / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 3- DRUMOND JÚNIOR, M. Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. Sala de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde**, p. 141-6, 2010.
- 4- HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Editora Fiocruz, 2005.
- 5- KRIGER, L.; CARVALHO, M.L. Gestão das novas tecnologias para o trabalho em saúde. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. P. 103-111.
- 6- PINOCHET, L.H.C. Trends of information technology in health management. O mundo da saúde, SP. 2011; 35(4):382-394.
- 7- SILVA, Y.C.; ROQUETE, F.F. Competências de gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Rev. adm. saúde**, v. 15, n. 58, p. 2-12, 2013.
- 8- World Health Organization. Primary Health Care. Genebra: WHO; 1978.

9- TAMAKI, E.M. et. al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho exposto tem o propósito de contribuir no avanço, melhoria e maior qualificação dos serviços de saúde bucal ofertados não só no estado de Minas Gerais, mas também em todo país. Busca ainda contribuir, proporcionando aos gestores municipais, informações sobre os resultados observados e quais fatores podem interferir na qualidade da gestão dos serviços de saúde bucal ofertados à população. Assim auxiliando-os na tomada de decisões e subsidiar na alocação dos recursos financeiros bem como no planejamento de ações que no campo da saúde bucal possam ampliar o acesso, tornar os serviços mais equânimes, resolutivos e de qualidade.

O desenvolvimento deste estudo proporcionou reflexão sobre a importância da construção coletiva e gestão participativa para que melhores índices de qualidade sejam alcançados nos serviços públicos. Demonstrou ainda que há necessidade de mais estudos avaliativos nos serviços de saúde bucal. A necessidade de padronização nos processos avaliativos, parâmetros de qualidade, ferramentas de gestão, sistemas de informações de saúde bucal de fácil acesso e confiáveis e que com a capacitação para gestores municipais dos serviços de saúde bucal podem ser o caminho para qualificação dos serviços e melhoria da qualidade da atenção prestada à população.

Estratégias como a qualificação profissional através do Mestrado em Saúde Pública em Odontologia tem o poder de aproximar as práticas exercidas nos serviços odontológicos públicos dos diversos municípios de diversas equipes, proporcionando a construção coletiva do conhecimento e mudança no modelo assistencial odontológico conforme o preconizado nas políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.2131-2140, set. 2008.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; TOPORCOV, Tatiana Natasha; WÜNSCH-FILHO, Victor. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 1, p.30-36, 2007.

ARAÚJO, Leonardo de Jesus et al. Validação de questionário para avaliar conduta frente a lesões brancas orais. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p.112-116, 2009.

BARRETO, Débora Magalhães et al. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 49, n. 3, p.113-121, 2013. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/arquivesodontologia/article/view/2094/1515>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BEST, Helen; NEWTON, Tim. Evaluation of the Personal Dental Services (Wave 1) for Lambeth, Southwark and Lewisham Primary Care Trusts - Part 1: Retrospective analyses of registration data and access issues. **Journal of Evaluation in Clinical Practice** [s.l.], v. 11, n. 3, p.219-227, jun. 2005.

BUENO, Vera Lucia Ribeiro de Carvalho; CORDONI JÚNIOR, Luiz; MESAS, Arthur Eumann. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p.3069-3082, jul. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 018055. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2000. p. 85

BRASIL. Portaria nº 267 de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mar. 2001. p. 67

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: editora do Ministério da Saúde. 2005. 85p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão: Diretrizes operacionais**. Brasília: 2006. v. 1. p. 76

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Saúde Bucal/ Ministério da Saúde. **Caderno de atenção Básica**. Brasília; Ministério da Saúde. 2008. 92p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Cartilha do Servidor / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. 2012.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=31&VMun=&VComp=201712. Acesso em: 03 out. 2017.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. **Confederação Nacional dos agentes comunitários de saúde**. Disponível em: <http://conacs.org.br/wp-content/uploads/2017/09/PNAB-2017.pdf>. Acesso em: 01/06/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=incentivo Acesso em 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude> Acesso em 01 jul. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php
Acesso em 07 agosto de 2017

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Há pedras no meio do caminho do SUS! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.298-298, abr. 2007.

CAVALCANTI, Yuri Wanderley. Avaliação de Usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 3, p.405-412, 30 out. 2012.

CAVALCANTI, Yuri Wanderley et al. associação de indicadores de produção odontológica e de condição sócio sanitária na atenção básica de João Pessoa – PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 3, p.47-52, 1 set. 2010.

CELESTE, Roger Keller; NADANOVSKY, Paulo; LEON, Antônio Ponce de. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p.830-838, out. 2007.

COLUSSI, Claudia Flemming et al. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p.1731-1745, set. 2011.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino; FREITAS, Sergio Fernando Torres de. A Programação Linear na avaliação do desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária. **Einstein (são Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.95-101, mar. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2. p. 29-47. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

CORTÉS, F. J. et al. Doce años de Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Navarra (1991-2002): Utilización e indicadores de salud. In: **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2003. p. 373-382.

DE ALMA ATA, Declaración. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. **Alma-Ata, URSS**, p. 6-12, 1978.

DONABEDIAN, Avedis. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB. Quality review bulletin**, v. 12, n. 3, p. 99-108, 1986.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743-752, 2009.

FREIRE, J.M.. El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 26, n. 3, p. 423-428, dic. 2003. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2018.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783-794, 2009.

GRYTTE, Jostein; RONGEN, Gunnar. Efficiency in provision of public dental services in Norway. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 28, n. 3, p.170-176, jun. 2000.

HALL, A. C. et al. Verifiable CPD paper: National evaluation of personal dental services: the perspective of dentists and professionals complementary to dentistry. **British dental journal**, v. 195, n. 11, p. 651, 2003.

HARTZ, ZMA (org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1.

HARTZ, Zulmira M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.229-260, abr. 1999.

HARTZ, Z.M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

HILL, K. B. et al. National evaluation of personal dental services: a qualitative investigation into patients' perceptions of dental services. **British Dental Journal**. London, v. 195, n. 11, p. 654, 2003.

HYDE, S; WEINTRAUB, J. A.; SATARIANO, W. A. An evaluation of the San Francisco department of human services welfare dental program. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh v. 65, n. 2, p. 104-109, 2005.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 10 mar. 2018.

KATEEB, E. Evaluation of the Ministry of Health school oral health programme in the West Bank region of Palestine. **East Mediterranean Health Journal**, [s.i.] v. 13, n. 3, p. 595-607, 2007.

LOIVOS, Catarina et al. Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: Um diálogo. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p.263-269, 2009. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/132/130>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MARTINS, Luiz Gustavo Teixeira et al. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p.1-9, 2016.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MENDES JÚNIOR, Francisco Ivan Rodrigues; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; TAJRA, Fábio Solon. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde debate**, Londrina, v. 39, n. 104, p.147-158, mar. 2015.

MEZZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011. 263p.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Oral health assessment protocol in primary care. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 63, n. 4, p.446-454, dez. 2015.

NASCIMENTO, Antonio Carlos et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.455-462, jun. 2009.

NASEEB, A.; CROUCHER, R.; WATT, R. G. Quality assurance practices in the community dental services within the North and South Thames Regions. **Community Dental Health**, London, v. 13, n. 1, p.172-174, sep. 1996.

NEWTON, J T et al. A qualitative analysis of the planning, implementation and management of a PDS scheme: Lessons for local commissioning of dental services. **British Dental Journal**, London, v. 200, n. 11, p.625-630, 10 jun. 2006.

ÖCEK, Zeliha Asli et al. Evaluation of a Dental Health Education Program for Midwives. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 63, n. 4, p.255-257, dez. 2003.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.985-996, maio 2009.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.492-499, set. 2006.

Perret B. Principes et objectifs généraux de l'évaluation de politiques publiques. **Santé Publique et Territoires**. Nancy: CNFPT/ENSP/SFSP; 1995.

PIMENTEL, Fernando Castim et al. Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.54-61, mar. 2014.

PIZARRO, Cristóbal; VALENZUELA, Daniela. Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la región de Valparaíso. **Revista Chilena Salud Pública**, Santiago, v. 18, p.87-94, 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 299p.

ROWAN, Margo S. et al. An innovative medical and dental hygiene clinic for street youth: Results of a process evaluation. **Eval Program Plann**, [s.l.], v. 40, p.10-16, out. 2013.

SANTOS, Adriano Maia dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. Tese de Doutorado.

SCARPARO, Angela et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Goiânia, v. 23, n. 4, p.409-415, dez. 2015.

SHIMAZAKI, M. E. **A atenção primária a saúde**. In: Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais. Implantação do plano diretor da atenção primária a saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/ facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P10- 16

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.851-865, dez. 2016.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p.2727-2739, nov. 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank q.**, New York, v. 83, n. 3, p.457-502, set. 2005.

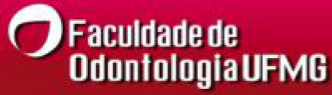
SZWARCWALD, Célia Landmann; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.643-655, set. 2006.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.821-828, abr. 2012.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; POZ, Mario Roberto dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.11-48, dez. 1998.

APÊNDICE-A

Questionário utilizado na coleta de dados através do Form SUS:



Qualidade e Gestão dos serviços de saúde bucal dos municípios mineiros

Prezado Sr. (a) Coordenador (a), Responsável pela Saúde Bucal do Município;

Meu nome é Glayson da Silva Barbosa, cirurgião-dentista, aluno do Mestrado Profissional em Saúde Pública em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, orientado pelos professores Dra. Raquel Conceição Ferreira e Dr. Marcos Azeredo Werneck.

Dirigimo-nos ao Sr.(a) para convidá-lo a participar de nossa pesquisa intitulada “Gestão e qualidade dos serviços de saúde bucal dos municípios de Minas Gerais”. O objetivo da pesquisa é avaliar a gestão de saúde bucal e a atenção em saúde bucal ofertada na Estratégia Saúde da Família dos municípios de Minas Gerais. Sua participação será muito importante para o estudo, pois assim poderemos levantar como é a realidade da gestão deste serviço e quais as principais necessidades para o aprimoramento e qualificação da gestão e atenção em saúde bucal. O questionário poderá ser respondido pelo coordenador da saúde bucal ou pelo secretário de saúde, quando não houver o cargo de coordenador.

Para participar V. Sa. responderá ao questionário que se segue usando esta plataforma.

Portanto para o alcance deste objetivo solicitamos sua participação.

Antecipadamente agradecemos a atenção e participação.

Glayson da Silva Barbosa Discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública em Odontologia UFMG

Dr Marcos Azeredo Werneck Prof UFMG

Dra. Raquel Conceição Ferreira Profa. UFMG

Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE (Assinale "SIM" caso concorde em participar)

1) Termo de consentimento livre esclarecido TCLE assinale no campo :

Meu nome é Glayson da Silva Barbosa, sou cirurgião-dentista formado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FOUFJF). Estou cursando o Mestrado Profissional em Saúde Pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG) e estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de avaliar "Gestão e qualidade dos serviços de saúde bucal dos municípios de Minas Gerais", avaliando indicadores de provimento da atenção em saúde bucal e a gestão destes serviços com base em indicadores de qualidade previamente testados. O senhor receberá um questionário pela plataforma Form SUS com algumas perguntas para o Sr. (a), que se referem aos serviços de saúde bucal do município do qual o Sr.(a) é Coordenador/ responsável pela saúde bucal. A identificação se dará somente por município, preservando assim a identificação do entrevistado. As informações obtidas serão usadas exclusivamente para essa pesquisa. Os questionários deverão ser preenchidos na plataforma FORM SUS e após a conclusão o mesmo será remetido aos pesquisadores automaticamente. Para participar deste estudo, o Sr. (a) não terá nenhum custo ou recompensa, nem receberá qualquer vantagem financeira. O principal benefício desse estudo será avaliar o efeito da qualidade da gestão no provimento da atenção básica em saúde bucal dos municípios. Os resultados da pesquisa serão divulgados após sua conclusão junto a SES/MG para compartilhamento com os municípios de forma reservada. Garantimos que seu nome não será usado em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo e os dados coletados serão utilizados somente para este fim. Os formulários usados para a coleta das informações da pesquisa e os Termos de Consentimento assinados serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos. Persistindo alguma dúvida a respeito dos seus direitos como participante desta pesquisa o Sr.(a) poderá contatar o COEP-UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG– Av. Antônio Carlos, 6627.Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.Telefone: 31-3409-4592 ou os pesquisadores responsáveis pela pesquisa Profa. Raquel Conceição Ferreira e Prof. Marcos Werneck, na Faculdade de Odontologia da UFMG, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Av. Presidente Antônio Carlos, 6627. Telefone: 31-34092445. Eu concordo em participar da pesquisa "Gestão e Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal dos municípios de Minas Gerais". Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa, estando ciente que os resultados poderão ser divulgados em artigos científicos. Declaro também, que me foi assegurado o direito de não identificação e de confidencialidade de minhas respostas e que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, assim como, me foi garantido o direito de desistir em qualquer etapa da pesquisa. Belo Horizonte, 27 de Julho de 2017.

- Sim
 Não

Identificação do município

Identificação de municípios

2) Sigla da UF :

3) Municípios Minas Gerais:

4) Regiões de Saúde - MG :

5) Telefone :

Informe ddd e número - apenas números

6) Celular :

DDD - Número do Telefone

7) E-mail para contato :

Se possível, informe o e-mail institucional ex: tertuliano.paiva@saude.gov.br

GERÊNCIA EM SAÚDE BUCAL

Destinado a caracterizar os gestores de serviços de saúde

8) Existe a função de coordenador ou gerente ou diretor em saúde bucal/ Odontologia no organograma ou quadro profissional do município?

- Sim
 Não

9) No município, há um profissional exercendo a função de coordenador ou diretor ou gerente de saúde bucal/ Odontologia atualmente ? :

- Sim

- Não

10) Há quanto tempo o coordenador/responsável pela gestão da saúde bucal exerce a função no município? (em anos):

Responda esta pergunta somente se a resposta da pergunta de nº 9 foi "SIM"

11) Qual o sexo do responsável pela saúde bucal?

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

- Masculino
 Feminino

12) Qual a idade em anos do responsável pela gestão da saúde bucal no município?

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

13) Qual a escolaridade do responsável pela gestão da saúde bucal no município?

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

- Ensino Fundamental
 Ensino Médio
 Ensino Médio Técnico
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior
 Ensino Superior - Especialização
 Mestrado
 Doutorado

14) Se o responsável pela gestão da saúde bucal no município possui curso superior, quantos anos de formado ele tem?

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

15) Qual é a área de formação do responsável pela gestão da saúde bucal no município?

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

- 1 Saúde
 2 Administração/ Gestão
 3 Ciências sociais/Direito
 4 Engenharia, Produção e construção
 5 Agricultura/ veterinária

16) O responsável pela gestão da saúde bucal no município possui formação na área de gestão?

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

- Sim
 Não

17) A função de gestor ou responsável pela saúde bucal do município é exercida por um cirurgião-dentista? :

Caso no município não exista um coordenador/ gerente de saúde bucal, esta pergunta deverá ser respondida pelo secretário de saúde.

- Sim
 Não

Recursos Humanos**18) Existe no município um plano de cargos e carreiras para os profissionais da saúde bucal?**

- 1 Sim
 2 Não

19) Existe um programa de bonificação ou premiação aos profissionais da saúde bucal pelo cumprimento de metas?

- 1 Sim
 2 Não

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: ATUAÇÃO INTERSETORIAL

Caracterizar a gestão dos serviços de Saúde segundo os aspectos de ação intersectorial

20) Qual o número de escolas municipais de pré- escolares e ensino fundamental há em seu município?

21) Qual o número de escolas municipais de pré- escolares e ensino fundamental com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2016?

22) Qual o número de escolas municipais de pré- escolares e ensino fundamental que fizeram encaminhamentos rotineiros de alunos para atendimento odontológico na rede básica municipal, no ano de 2016?

23) Qual o número de escolas municipais de pré- escolares e de ensino fundamental em que foi realizado algum tipo de atividade (educativo e/ou preventiva) em saúde bucal, em 2016?

24) Qual o número de escolas municipais de pré- escolares e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2016?

25) Existe fluoretação da água de abastecimento público no município?

- 1 Sim total
 2 Sim parcial
 3 Não

26) Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2016?

- Sim
 Não

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: PARTICIPAÇÃO POPULAR

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde segundo a participação popular

27) Qual o número de unidades de saúde que, em 2016, possuía material educativo e/ou informativo em saúde bucal (fôlderes, folhetos, cartazes, painéis, etc.)?

28) Na última Conferência Municipal de Saúde houve, pelo menos, uma deliberação referente à saúde bucal?

- Sim
 Não

29) Qual foi o número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde em 2016?

30) Qual foi o número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde em 2016 em que foi discutido algum tema de saúde bucal?

31) Qual foi o número de delegados dentistas financiados pelo município na última Conferência Estadual de Saúde?

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: RECURSOS HUMANOS

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde segundo os aspectos de recursos humanos.

32) Somando-se a carga horária semanal de todos os dentistas que trabalhavam no setor público

municipal em dezembro de 2016, tem se um total de quantas horas?

33) Qual o número total de dentistas do setor público municipal em dezembro de 2016?

34) Qual o número de dentistas da rede municipal que fez algum curso patrocinado pelo município em 2016?

35) Qual o número de dentistas do setor público municipal que mudou de unidade de saúde ou foi desligado do serviço de saúde em 2015-2016?

36) Quantas unidades de saúde interromperam o atendimento odontológico devido à falta de profissionais (por férias, licença saúde, absenteísmo) por mais de quatro dias consecutivos, no ano de 2016?

37) Foi realizada escala de substituição de cirurgião- dentista em caso de férias, licença saúde, participação em evento de interesse profissional ou outras dispensas legais, no ano de 2016?

- Sim
 Não

38) Qual o número de Equipes de Saúde da Família com saúde bucal em dezembro de 2016?

39) Qual o número total de profissionais alocados como auxiliares fixos (ASB e/ou TSB) em Odontologia em dezembro de 2016?

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: INFRAESTRUTURA

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde segundo os aspectos de infraestrutura.

- 40) **Quantas Unidades Básicas de Saúde (UBS) há no município?**
- 41) **Quantas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem Equipes de saúde Bucal (ESB) (Equipe Saúde da Família ou convencional)?**
- 42) **Para quais especialidades o município tinha referência estabelecida em 2016?**
- 43) **Qual o número de unidades de saúde que interrompeu atendimento por aguardar a assistência técnica odontológica por mais de dois dias consecutivos para manutenção e/ou conserto de equipamento, no ano de 2016?**
- 44) **Qual o número de unidades de saúde bucal que interrompeu atendimento odontológico devido à falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2016?**
- 45) **Qual o número de unidades de saúde municipal com atendimento odontológico em junho de 2016:**
- 46) **Número de consultórios odontológicos que fizeram atendimento em dezembro de 2016:**
- 47) **Número de unidades de saúde em que os pacientes foram agendados para retorno (manutenção preventiva) após o término do tratamento (TC), em dezembro de 2016.**
- 48) **Total de recursos financeiros investidos em saúde bucal no município em 2016 (R\$)(Incluindo investimento e custeio total dos serviços, provenientes do município, governos estadual e federal):**
 Usar vírgula para separar casas decimais ex 200000,00
- 49) **Número de unidades de saúde que priorizaram o atendimento odontológico a partir de áreas consideradas de risco social, em 2016:**

GESTÃO DO PROVIMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL: CRIANÇAS (0 A 12 ANOS DE IDADE)

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde segundo o provimento da AB em SB em crianças de 0 a 12 anos de idade.

- 50) **Número de unidades de saúde, em 2016, com grupos de gestantes ou bebês com participação de algum profissional de saúde bucal (ASB, TSB, CD):**
- 51) **Número de dentistas odontopediatras do setor público municipal em dezembro de 2016:**
- 52) **Número total de procedimentos na faixa etária de 0-12 anos no ano de 2016:**
 Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever

53) Número total de pacientes com tratamento concluído (TC) na faixa etária de 0-12 anos no mês de dezembro no ano de 2016:

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever

GESTÃO DO PROVIMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL: ADOLESCENTES (13 A 19 ANOS DE IDADE)

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde bucal segundo o provimento da AB em SB à população de adolescentes de 13 a 19 anos de idade.

54) Número de unidades de saúde que encaminhou os adolescentes de 13-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal, no ano de 2016:

55) Número de unidades de saúde que possuía grupos de educação em saúde com atividades de saúde bucal para adolescentes de 13-19 anos de idade, no ano de 2016:

56) Número de unidades de saúde em que os pacientes de 13-19 anos de idade foram agendados com o mesmo profissional de saúde bucal do início ao fim do tratamento, em dezembro de 2016:

57) Número total de procedimentos na faixa etária de 13-19 anos de idade de janeiro a dezembro de 2016.

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

58) Número total de pacientes com tratamento concluído (TC) na faixa etária de 13-19 anos de idade do mês de janeiro a dezembro de 2016:

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

GESTÃO DO PROVIMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL: ADULTOS (20 A 59 ANOS DE IDADE)

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde na AB em SB segundo a população adulta de 20 a 59 anos de idade.

59) Número de unidades de saúde que, no ano de 2016, possuíam material educativo e/ou informativo sobre câncer de bucal (folders, folhetos, cartazes, painéis, etc.):

60) A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2016?

- Sim
 Não

61) De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2016, marque uma das opções abaixo:

- Na atenção básica do município pelo dentista da unidade de saúde ou estratégia saúde da família {1}

Na atenção secundária especializada do município, pelo dentista do Centro de Especializado ou de referência em odontologia ou outra instituição conveniada com o SUS. {2}

Na atenção secundária (especializada) fora do município, pelo dentista do centro de referência em odontologia ou outra instituição pública conveniada com o SUS. {3}

Não realiza {4}

62) Número de unidades de saúde em que os pacientes adultos (20 a 59 anos) foram tratados por motivo de doença periodontal e tiveram retorno agendado para controle da doença, em dezembro de 2016.

63) **Número de casos com suspeita de câncer de boca detectados em 2016, na faixa etária de 20 - 59 anos de idade.**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

64) **Número de casos com suspeita de câncer de boca encaminhados para biópsias em 2016, na faixa etária de 20 -59 anos de idade:**

65) **Número de unidades de saúde do município com atendimento odontológico no terceiro turno (após as 18:00) em dezembro de 2016.**

66) **Número total de pacientes atendidos na emergência em saúde bucal na faixa etária de 20 -59 anos de idade no ano de 2016:**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

67) **Número total de pacientes agendados na faixa etária de 20 - 59 anos para atendimento em saúde bucal no ano de 2016:**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

68) **Número total de procedimentos realizados na faixa etária de 20 - 59 anos de janeiro a dezembro de 2016:**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

69) **Número total de pacientes na faixa etária de 20 -59 anos com tratamento concluído (TC) de janeiro a dezembro de 2016:**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

GESTÃO DO PROVIMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL: IDOSO (60 ANOS OU MAIS)

Caracterizar a gestão dos serviços de saúde AB em SB segundo a população idosa de 60 anos de idade ou mais.

70) **Número de profissionais de saúde bucal (CD, TSB, ASB) que, em 2016, participaram de algum grupo de idosos, seja na unidade de saúde ou na comunidade (Exemplo: orientação para grupos de terceira idade):**

71) **Número de unid. de saúde que realizaram visitas domiciliares para idosos com impossibilidade de locomoção até a unidade de saúde (acamados), para desenvolver atividades educativas- preventivas em saúde bucal e/ou atendimento clínico, no ano de 2016:**

72) **Número de casos com suspeita de câncer de boca detectados em 2016, na faixa etária de 60 anos de idade ou mais.**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

73) **Número de casos com suspeita de câncer de boca que foram encaminhados para biópsias em 2016, na faixa etária de 60 anos de idade ou mais?**

Caso não saiba escreva

74) **Número de unidades de saúde que possuíam sistema de agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) no ano de 2016:**

75) **Número total de procedimentos realizados na faixa etária de 60 anos ou mais no período de janeiro a dezembro de 2016:**

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

76) Número total de pacientes com tratamento concluído (TC) na faixa etária de 60 anos ou mais no ano de 2016:

Caso não saiba ou não se tenha registro favor escrever "Não sei"

Opinião/ Sugestão

77) Caso tenha ocorrido alguma dúvida durante o preenchimento do questionário, favor registrar abaixo. Este campo também pode ser utilizado para registro de quaisquer sugestões ou comentários sobre o questionários. Muito Obrigado!

ANEXO A- Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

UF: Minas Gerais	MUNICÍPIO: Congonhas
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL	
Exercício de 2017	
Dados Homologados em 13/03/18 13:18:11	

RREO - ANEXO 12 (LC141/2012, art.35) R\$ 1,00

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (b)	% (b / a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	74.715.000,00	74.715.000,00	47.634.490,16	63,75
Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU	10.500.000,00	10.500.000,00	7.505.370,00	71,47
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI	2.500.000,00	2.500.000,00	745.981,26	29,83
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS	47.000.000,00	47.000.000,00	25.711.269,98	54,70
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	11.300.000,00	11.300.000,00	12.637.042,68	111,83
Imposto Territorial Rural - ITR	0,00	0,00	0,00	0,00
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	175.000,00	175.000,00	129.187,06	73,82
Dívida Ativa dos Impostos	3.067.000,00	3.067.000,00	731.677,75	23,85
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	173.000,00	173.000,00	173.961,43	100,55
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	184.400.000,00	184.400.000,00	171.854.529,33	93,20
Cota-Parte FPM	31.000.000,00	31.000.000,00	27.809.892,76	89,70
Cota-Parte ITR	2.500.000,00	2.500.000,00	401.887,36	16,07
Cota-Parte IPVA	7.500.000,00	7.500.000,00	6.776.946,01	90,35
Cota-Parte ICMS	140.500.000,00	140.500.000,00	134.424.642,41	95,67
Cota-Parte IPI-Exportação	2.100.000,00	2.100.000,00	1.695.703,99	80,74
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	800.000,00	800.000,00	745.456,80	93,18
Desoneração ICMS (LC 87/96)	800.000,00	800.000,00	745.456,80	93,18
Outras				
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II	259.115.000,00	259.115.000,00	219.489.019,49	84,71

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (d)	% (d / c) x 100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	19.551.400,00	19.551.400,00	14.344.758,97	73,37
Provenientes da União	14.917.400,00	14.917.400,00	13.586.383,84	91,07
Provenientes dos Estados	4.224.000,00	4.224.000,00	485.443,29	11,49
Provenientes de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	410.000,00	410.000,00	272.931,84	66,56
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS				
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	19.551.400,00	19.551.400,00	14.344.758,97	73,36

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EXECUTADAS		
			Liquidadas Até o Bimestre (f)	Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g)	% (f+g)/e
DESPESAS CORRENTES	79.592.400,00	87.993.038,03	78.927.229,89	3.734.599,86	93,94
Pessoal e Encargos Sociais	49.198.500,00	56.270.768,58	55.726.481,92	0,00	99,03
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	30.393.900,00	31.722.269,45	23.200.747,97	3.734.599,86	84,91
DESPESAS DE CAPITAL	10.808.000,00	11.299.963,90	4.634.356,05	1.326.023,54	52,75
Investimentos	10.808.000,00	11.299.963,90	4.634.356,05	1.326.023,54	52,75
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)	90.400.400,00	99.293.001,93		88.622.209,34	89,25

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			Liquidadas Até o Bimestre (h)	Inscritas em Restos a Pagar não Processados (i)	% [(h+i) / IV(f+g)]
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A		0,00	0,00	0,00
DESPEZA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL	N/A		0,00	0,00	0,00
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	N/A		16.877.312,82	3.053.700,89	22,49

Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A		14.018.604,92	2.493.332,80	18,63
Recursos de Operações de Crédito	N/A		0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A		2.858.707,90	560.368,09	3,86
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	N/A		0,00	0,00	0,00
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹	N/A	N/A	N/A	1.667.721,53	
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ²	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (V)		N/A		21.598.735,24	24,37

TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = [(IV(f+g)-V(h+i))]		N/A		67.023.474,10	-
--	--	-----	--	---------------	---

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = [VI(h+i) / IIIb x 100] - LIMITE CONSTITUCIONAL 15%⁴					30,53
--	--	--	--	--	-------

VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VI(h+i)-(15*IIIb)/100]					34.100.121,18
---	--	--	--	--	---------------

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Inscritos em 2017	0,00	N/A	N/A	N/A	0,00
Inscritos em 2016	1.173.938,46	23.189,74	1.051.579,48	99.169,24	0,00
Inscritos em 2015	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2014	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2013	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2012	189.211,67	189.211,67	0,00	0,00	0,00
Total	1.363.150,13	212.401,41	1.051.579,48	99.169,24	0,00

CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1º e 2º	RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS
---	--

	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (j)	Saldo Final (Não Aplicado)
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2017	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2016	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2015	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012	N/A	N/A	N/A
Total (VIII)	0,00	0,00	0,00

CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26	LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)
Diferença de limite não cumprido em 2016	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2015	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2014	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2013	0,00	0,00	0,00
Total (IX)	0,00	0,00	0,00

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS		
			Liquidadas Até o Bimestre (l)	Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m)	% [(l+m) / total(l+m)]x100
Atenção Básica	21.746.400,00	18.475.230,16	15.173.893,60	1.468.090,98	18,78
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	41.554.400,00	46.460.377,51	37.851.922,07	2.395.534,44	45,41
Suporte Profilático e Terapêutico	1.713.000,00	2.726.911,53	1.466.074,59	216.939,65	1,90
Vigilância Sanitária	385.600,00	581.992,06	285.919,63	193.889,97	0,54
Vigilância Epidemiológica	3.209.500,00	3.346.817,09	3.108.641,46	194.265,73	3,73
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	13.670.000,00	27.701.673,58	25.675.134,59	591.902,63	29,64
TOTAL	82.278.900,00	99.293.001,93		88.622.209,34	100,00