



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA
DOS USUÁRIOS (ASBAP-usuário)**

HERIBERTO FIUZA SANCHEZ

**Belo Horizonte
2013**

Heriberto Fiuza Sanchez

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA
DOS USUÁRIOS (ASBAP-usuário)**

Tese apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor pela Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, área de concentração Saúde Coletiva, linha de pesquisa atenção primária à saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo F. Werneck
Colaboradora: Prof^a. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte – MG
Universidade Federal de Minas Gerais
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

S211c
2013
T Sanchez, Heriberto Fiuza.
Construção e validação de um instrumento para avaliação dos
serviços públicos de saúde bucal na atenção primária à saúde sob a
ótica dos usuários (ASBAP- usuário) / Heriberto Fiuza Sanchez. – 2013.

196 f. : il.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Co-orientador: Marcos Azeredo F. Werneck.

Co-orientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Odontologia.

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde.
I. Ferreira, Efigênia Ferreira e. II. Werneck, Marcos Azeredo Furquim.
III. Ferreira, Raquel Conceição. IV. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. V. Título.

BLACK – D047

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS (ASBAP-usuário)

HERIBERTO FIUZA SANCHEZ

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 11 de julho de 2013, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador
UFMG

Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck
UFMG

Prof(a). Paulo Savio Angeiras de Goes
UFPe

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas
UFMG

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral
UFMG

Prof(a). Paulo Frazão
USP

Belo Horizonte, 11 de julho de 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO HERIBERTO FIUZA SANCHEZ

Realizou-se, no dia 11 de julho de 2013, às 08:30 horas, Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS (ASBAP-usuário)**, apresentada por HERIBERTO FIUZA SANCHEZ, graduado no curso de Odontologia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck (UFMG), Prof(a). Paulo Savio Angeiras de Goes (UFPe), Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (UFMG), Prof(a). João Henrique Lara do Amaral (UFMG), Prof(a). Paulo Frazão (USP).

A Comissão considerou a tese:

- Aprovada
- Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
- Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 11 de julho de 2013.

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira
Doutora - UFMG

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

Prof(a). Paulo Savio Angeiras de Goes
Doutor - Universidade de Londres

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas
Doutora - UFMG

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral
Doutor - UFMG

Prof(a). Paulo Frazão
Doutor - USP

*Para Eliana e Lucas, com meu mais sincero amor e gratidão.
Dessa vez são vocês que estão em todas as páginas desse trabalho.*

RESUMO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS (ASBAP-usuário)

O Sistema Único de Saúde encontra-se em constante construção através da participação de diferentes atores, incluindo os usuários. A avaliação do sistema, através do uso de questionários, é uma das maneiras possíveis de contribuição nesse processo de consolidação da política nacional de saúde. Na saúde bucal essa situação não é diferente, sendo que, a exemplo do que ocorre na assistência médica, a participação de usuários nesse processo é imprescindível. No entanto, observa-se uma escassez de instrumentos especificamente voltados para a avaliação da saúde bucal sob a ótica de usuários na atenção primária à saúde. A integralidade comporta diferentes significados, capazes de contribuir para a mudança do modelo e qualificação da atenção e dessa maneira pode servir de referencial teórico na construção de um novo instrumento. O objetivo desse trabalho foi construir e validar um instrumento, na forma de questionário, capaz de avaliar a saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica de usuários. Inicialmente foi definido o marco teórico, sendo que as propostas formuladas por Starfield (2002), voltadas para avaliação da atenção primária à saúde e por Silva Jr. e Mascarenhas (2008), voltadas para avaliação da integralidade na atenção primária foram escolhidas. Um modelo avaliativo foi construído e serviu de roteiro para um grupo focal, realizado junto a usuários do sistema de saúde, quando categorias capazes de avaliar a saúde bucal na atenção primária a partir da integralidade foram obtidas. Uma primeira versão do instrumento, que contava com 43 questões, avaliadas através de uma escala Likert com quatro opções de resposta (sim/sempre; às vezes; não/nunca e não sei), foi elaborada a partir dessas categorias. Essa primeira versão foi encaminhada a um comitê de experts na área, que contou com um total de cinco participantes, momento no qual foi feita a validação de conteúdo do instrumento. Feitas algumas alterações, baseadas em contribuições feitas pelo comitê de experts, o instrumento foi aplicado duas vezes a um grupo de usuários do sistema público de saúde, quando foi possível obter sua validação de face. Para cálculo do número de usuários necessários para a validação de construto e verificação da confiabilidade levou-se em consideração a proporção de 4:1 (participantes/questões do instrumento), sendo que o mesmo foi dividido igualmente pelo número de distritos sanitários do município de Belo Horizonte e aplicado em voluntários. A confiabilidade foi calculada através do coeficiente Kappa ponderado para avaliação da estabilidade temporal e do alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna e procedeu-se à análise fatorial para validação de construto através do programa SPSS 17.0. Os valores obtidos para o índice Kappa ponderado do instrumento validado variaram entre 0,27 e 1,00; os cinco fatores obtidos explicam uma variância de 64,8%; o alfa de Cronbach para as 20 questões que compõem o instrumento validado apresentam valores acima de 0,90. O questionário validado apresenta 20 questões, divididas em cinco dimensões. O maior score que determinado

serviço de saúde bucal na atenção primária à saúde pode apresentar (uma situação de satisfação por parte do usuário) é de 60 pontos, correspondendo a uma situação na qual todas as alternativas “sim/sempe” são assinaladas pelo usuário. A utilização do questionário por parte dos usuários poderá representar um estímulo à participação cidadã nos rumos dos serviços de saúde e os resultados obtidos na aplicação do questionário poderão sensibilizar gestores a qualificar os serviços de saúde e as práticas profissionais e, em última análise, tornar realidade a construção de um sistema público de saúde à altura de sua existência, que são os próprios usuários.

PALAVRAS-CHAVE: atenção primária à saúde; usuários; avaliação de serviços de saúde; estudos de validação.

ABSTRACT

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF A TOOL FOR THE ASSESSMENT OF ORAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE THROUGH THE PERSPECTIVE OF USERS (ASBAP-usuário)

The Unified Health System is under constant building through the participation of different stakeholders, including users. The evaluation of the system, through the use of questionnaires, is one possible way of contribution in the process of consolidation of national health policy. On oral health this situation is not different and, with the example of what occurs in health care, the participation of users is essential in this process. However, there is a scarcity of tools specifically aimed at the evaluation of oral health from the perspective of users in primary health care. Integrality holds different meanings that can contribute to the change of the model of care and can serve as a theoretical framework for the construction of a new instrument. The aim of this study was to construct and validate an instrument, in the form of a questionnaire, able to assess the oral health in primary health care in the perspective of users. It was initially defined the theoretical framework, and the proposals made by Starfield (2002), directed to evaluate primary health care and Silva Jr. and Mascarenhas (2008), aimed at assessing integrality in primary health care were chosen. An evaluation model was built and served as a script for a focus group conducted with users of the health system, when categories able to assess the oral health in primary care from integrality were obtained. A first version of the instrument had 43 items assessed on a Likert scale with four response options (yes / always, sometimes, not / never and do not know), was drawn from these categories. This first version was submitted to experts committee, which included a total of five participants, at which it was made the content validation of the instrument. Some changes were made in the questionnaire, based on contributions made by the experts committee and the instrument was administered twice to a group of users of the public health system, when it was possible to obtain the face validation. To calculate the number of users needed to construct validation and verification of reliability was used the proportion of 4:1 (participants / instrument items), and the result was divided equally by the number of health districts in the municipality of Belo Horizonte and applied in volunteers. Reliability was calculated using the kappa coefficient to assess the temporal stability and Cronbach's alpha was used for internal consistency. Factor analysis was used for construct validation. It was used SPSS 17.0 for statistics. The validated questionnaire has 20 questions, divided in 5 dimensions. The highest score given to oral health services in primary health care can present (a situation of satisfaction by the user) is 60 points, corresponding to a situation in which all alternatives "yes/always" are indicated by the user. The use of the questionnaire by the users can be a stimulus to citizen participation in the directions of health services and the results obtained in the questionnaire may sensitize managers to improve health services and professional practices and,

ultimately, become reality the building of a public health system at the height of its existence, which are the users themselves.

KEY WORDS: primary health care; users; health services evaluation; validation studies.

AGRADECIMENTOS E HOMENAGENS

À **DEUS**, pois se em algumas horas senti cansaço e dúvidas em muitas outras senti seu apoio e energia. Por isso Agradeço-Te muito.

Minha querida família, **Eliana e Lucas**, que sempre me apoiaram, me deram amor, energia a muitas razões não só para continuar, mas para principalmente fazer o melhor possível em meus estudos. Fica aqui registrado o quanto reconheço pelo que fizeram por mim desde a especialização, incluindo a paciência nos momentos em que vencido pelo cansaço deixei de ser o bom marido ou pai que me esforço diariamente por ser. Eu amo vocês!

Querido pai **Heriberto** e querida mãe **Maria Zélia**, o meu mais sincero carinho e reconhecimento por tudo que fizeram (e fazem) por mim e por todos os irmãos e também pelo apoio incondicional em qualquer situação nessa vida. Para vocês todo meu amor e carinho.

Meus queridos irmãos e irmãs **Marcelo, Ricardo, Joyce e Débora**, pelo apoio constante e especialmente pelo carinho, confiança e dedicação que sempre me proporcionaram.

Eurico, Heliana, Rita, Alexandre e Rafael, todo meu agradecimento pelos momentos de tanta alegria e pela amizade; por isso tudo muito obrigado!

Amigos do ISO, **Antônio Augusto, Carolina, Flávia e Marian**, que hoje não são apenas colegas, mas grandes amigos, impossível esquecê-los, para todos vocês meu grande abraço.

Impossível não fazer aqui uma homenagem especial para **Prof^a. Efigênia**, de quem tive a honra e alegria de ser minha orientadora. Meu agradecimento e minha homenagem se dão principalmente por aquilo que você fez por mim enquanto ser humano; desde o Mestrado sua exigência para a qualidade naquilo que eu fizesse, aliado ao seu carinho, doçura e excelência na

orientação fazem de você uma professora muito especial. São poucas as palavras, mas muito sinceras: Efigênia, muito obrigado!

Prof. Marcos Werneck, pela sua dedicação e profissionalismo na co-orientação, mas também e principalmente por sua amizade que por si só é para mim uma grande vitória. Muito aprendi com você e, a exemplo do que acontece com Prof^a. Efigênia, além do sentimento de agradecimento, fica aqui registrado o meu orgulho em tê-lo como co-orientador. **Prof^a. Raquel**, obrigado pelos momentos em que me ajudou, especialmente na análise estatística.

Aos amigos do Doutorado: **Carlos, Thalita, Desirée, Marcos, Lourdinha, Simone** um grande abraço e um muito obrigado por ter tido companhias tão especiais nessa caminhada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família
APS	Atenção Primária na Saúde
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBA	Análise de Custo-Benefício
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CEA	Análise de Custo-Efetividade
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COD	Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares
CONASP	Conselho Consultivo da Administração e Saúde Previdenciária
CPCI	<i>Components of Primary Care Index</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUROPEP-I	<i>European General Practice Evaluation Instrument</i>
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPC-II	<i>Interpersonal Processes of Care</i>
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pacto	Pacto de Indicadores da Atenção Básica
PCAS	<i>Primary Care Assessment Survey</i>

PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PRAO	Programa de Reorientação da Assistência Odontológica
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos na Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
QASSaB	Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VANOCSS	<i>Veterans Affairs National Outpatient Customer Satisfaction Survey</i>
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Atributos essenciais da APS, segundo Starfield (2002)..	48
QUADRO 2: Atributos avaliadores da integralidade na APS, segundo Silva Jr. e Mascarenhas (2008).....	50
QUADRO 3: Relação de unidades de saúde sorteadas e respectivos distritos sanitários para realização da validação de construto e cálculo da homogeneidade.....	75
QUADRO 4: Síntese das atividades realizadas no percurso metodológico da tese em relação aos sujeitos da pesquisa, sua caracterização e número de participantes.....	78

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Valores adotados para avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclasse e Kappa, segundo Cichetti e Sparrow, 1981	55
FIGURA 2: Classificação para interpretação das correlações dos itens segundo a carga fatorial e variância em comum. Fonte: Comrey e Lee, 1992.....	60
FIGURA 3: Modelo teórico para avaliação da saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários.....	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos tipos de publicação analisados de acordo com os sentidos da integralidade contemplados, 2013 (PRIMEIRO ARTIGO)	101
TABELA 1: Extração dos fatores e variância total explicada após análise fatorial validação de construto de questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013 (TERCEIRO ARTIGO)	149
TABELA 2: Dimensões e questões obtidas, cargas fatoriais referentes à validação de construto, em questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013 (TERCEIRO ARTIGO)	150
TABELA 3: Dimensões obtidas após análise fatorial e respectivas questões, validação de construto de questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013 (TERCEIRO ARTIGO)	151
TABELA 4: Correlação questão-total e alfa de Crombach para as questões que compõem o questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013 (TERCEIRO ARTIGO)	152

*“Venha, meu coração está com pressa
Quando a esperança está dispersa
Só a verdade me liberta
Chega de maldade e de ilusão.
Venha, o amor tem sempre a porta aberta
E vem chegando a primavera
Nosso futuro recomeça
Venha, que o que vem é a perfeição”*

Perfeição. Legião Urbana

SUMÁRIO

PARTE I

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 Avaliação de serviços de saúde.....	23
2.1.1 Algumas notas históricas.....	23
2.1.2 Aspectos atuais.....	30
2.2 A saúde bucal nas políticas públicas.....	35
2.3 Com a palavra os usuários de sistema público de saúde.....	39
2.4 A integralidade: uma possibilidade avaliativa para a saúde bucal.....	44
2.5 Um marco teórico capaz de avaliar a APS.....	47
2.6 Construção e validação de instrumentos de medida.....	51
3 OBJETIVOS.....	62
4 METODOLOGIA.....	63
4.1 Aprovação no comitê de ética.....	63
4.2 Primeira etapa.....	64
4.2.1 Definição do marco teórico.....	64
4.2.2 Revisão integrativa.....	65
4.3 Segunda etapa: o grupo focal.....	67
4.4 Terceira etapa.....	70
4.4.1 Desenvolvimento das questões.....	70
4.4.2 Validação de conteúdo e de face.....	72
4.4.3 Validação de construto e verificação da confiabilidade.....	74
REFERÊNCIAS.....	79

PARTE II

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	94
5.1 Artigo 1.....	94
5.2 Artigo 2.....	118
5.3 Artigo 3.....	139
6 COMENTÁRIOS FINAIS.....	161
APÊNDICES.....	164
Termo de consentimento - etapa de construção.....	164
Termo de consentimento - etapa de validação.....	165
Primeira versão do questionário.....	166
Carta convite para os membros do comitê de experts.....	171
Segunda versão do questionário: primeiro pré teste.....	172
Terceira versão do questionário: segundo pré teste.....	176
Quarta versão do questionário: versão final validada	182
ANEXOS.....	185
Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte.....	185
Parecer do Comitê de Ética da UFMG.....	186
Normas de publicação revista Cadernos de Saúde Pública.....	187
Normas de publicação revista Trabalho, Educação, Saúde.....	193

PARTE I

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está em constante construção. Dessa maneira gestores, trabalhadores da área, usuários, acadêmicos, simpatizantes ou declarados inimigos, todos os diferentes sujeitos envolvidos participam desse processo. Seja porque constroem nas unidades de saúde ou nas universidades, seja contribuindo de maneira cidadã, pesquisando ou criticando. Há sempre e gradualmente, em diferentes momentos, a partir de diferentes vozes e lugares, a construção do sistema público de saúde nacional.

Penso que essa construção é um processo permanente e talvez nunca termine. A saúde das pessoas estará sempre sujeita a uma infinidade de condicionantes, que tendem a mudar periodicamente em função dos aspectos políticos, econômicos, ambientais, sociais que envolvem as populações. Para cada situação ou época serão necessários ajustes ou melhorias no sistema de saúde, a fim de responder a essas necessidades, e todos os atores ou espaços de reflexão serão importantes com suas contribuições. Ciente desse desafio, o Ministério da Saúde (MS) definiu que as ações do SUS deveriam ser estruturadas em Atenção Primária à Saúde (APS), sem se descuidar de ações em outros níveis de atenção, sem os quais a integralidade fica ameaçada; a universalidade deve ser cada vez mais possibilitada e a atenção à saúde deve responder aos desafios impostos pelas iniquidades. Foi também definido que a principal estratégia viabilizadora de APS seria a Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996).

A escolha pela APS não foi ao acaso porque pode responder, em boa parte, aos desafios que constantemente são colocados para a saúde pública. Na verdade, as ações primárias na saúde ocupam atualmente um espaço privilegiado nas agendas de diversos países. Ainda que diferentes realidades sociais, econômicas e culturais sejam encontradas, existe entendimento de que estruturar serviços nacionais de saúde a partir da APS pode representar ganhos efetivos para as populações, que extrapolam o sentido restrito de

saúde, alcançando significados mais amplos. Dessa maneira a APS apresenta potencial para contribuir com a melhoria da qualidade de vida.

A saúde bucal faz parte desse processo de construção do SUS. Foi inserida oficialmente na ESF desde 2000, quando foi definida a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na APS, por meio da implantação de suas ações na ESF. Assim como as demais ações na área, busca-se a integralidade, a universalidade e a equidade, com foco na família e no território, através da promoção da saúde, prevenção das doenças e reabilitação (BRASIL, 2000). A provisão, em qualidade, dessa modalidade de cuidados em saúde pode - e deve - efetivamente contribuir para o aprimoramento do SUS. E é a partir desse entendimento, ligado à qualidade capaz de construir o sistema público de saúde brasileiro que, espero, esse trabalho possa trilhar.

Acredito que processos avaliativos podem ser ferramentas importantes para a evolução e aperfeiçoamento do sistema. São essas avaliações que possibilitam a geração de aprimoramento institucional e profissional. São elas que podem definir decisões políticas importantes, a destinação de recursos financeiros, apontar para erros e acertos das políticas e programas de saúde que são definidas pelo MS. Podem, enfim, contribuir para que a APS, e conseqüentemente todo sistema de saúde, se materializem de fato em práticas e atos mais concretos e se aproximem do SUS proposto pela reforma sanitária. Essas avaliações podem ser feitas de diferentes maneiras e uma delas seria a partir do uso de instrumentos na forma de questionários, especificamente voltados para essa finalidade.

No entanto, observa-se uma escassez de questionários que propõem avaliar as ações executadas diretamente pela saúde bucal na APS (LIMA *et al*, 2010). Dessa maneira existe a possibilidade de se desenvolver e validar um novo questionário que possa suprir a lacuna atualmente existente para a realidade da saúde bucal.

Sabe-se que a integralidade, além de ser um princípio ordenador do SUS (BRASIL, 1990) é um atributo essencial da APS (STARFIELD, 2002) e é

considerada capaz de desencadear novas reflexões e práticas, desejáveis no nível primário de atenção e no sistema de saúde como um todo. Esse princípio/atributo pode ser usado como referencial teórico para o desenvolvimento desse novo instrumento. Essa possibilidade torna-se ainda mais relevante na medida em que não existem instrumentos que avaliem a saúde bucal na APS, cujo embasamento teórico seja a integralidade e com foco na percepção do usuário. Acrescenta-se a essa proposta inicial a intenção de que esse questionário seja auto-aplicável, mais útil no cotidiano dos serviços, possibilitando coletas de dados de maneira mais prática e acessível à realidade dos desafios que vivenciam os diversos sistemas municipais de saúde por todo o país.

A essa possibilidade anteriormente citada existe outra, de ainda maior importância. Acredita-se que o uso de pesquisas avaliativas, segmento que vem recebendo importância e valorização crescentes por parte do Estado, pode se tornar uma atividade incorporada ao dia-a-dia dos serviços de saúde, com potencial para contribuir com o aperfeiçoamento dos serviços e das políticas públicas na área. Ou seja, o que se espera não é apenas desenvolver um novo questionário: esse instrumento pode representar possibilidades futuras de participação cidadã que poderão impactar positivamente nos rumos dos programas e políticas da área no contexto brasileiro.

É grande a importância da visão do usuário para avaliar a qualidade de serviços de saúde. O usuário deve ter seu papel de protagonista do sistema de saúde valorizado e sua opinião deve ter impacto direto na melhoria do serviço público de saúde. O desenvolvimento de instrumentos de avaliação de sistemas públicos de saúde deve enfatizar a importância da visão dos usuários sobre aquele sistema que está sendo avaliado. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços visando seu aperfeiçoamento. Afinal, nada mais justo que os serviços de saúde sejam avaliados por aqueles que são as verdadeiras razões para a existência dos serviços e que sabem, no seu cotidiano, das facilidades e dos problemas

que enfrentam para conseguirem atendimento ou tratamento na saúde (SOUZA *et al*, 2008).

A visão dos usuários contém elementos que, apesar de não se configurarem como conhecimentos técnicos e científicos, tradicionalmente restritos aos profissionais envolvidos e gestores, são absolutamente essenciais na construção de serviços de qualidade e na consolidação de uma sociedade mais justa e equânime. As opiniões dos usuários devem necessariamente ser utilizadas como complementares aos dos outros envolvidos na saúde para fins de avaliação dos programas ou serviços na área. Conseqüentemente, esforços devem ser feitos para que a participação cidadã seja uma realidade no processo de construção da saúde (MOIMAZ *et al*, 2010).

Considerando, portanto, a importância da APS na reorientação do modelo proposto pelo SUS, bem como a relevância de se desenvolver um instrumento capaz de avaliar as ações específicas da saúde bucal nesse nível de atenção a partir de atributos ligados à integralidade, considerados essenciais na APS, sob a ótica dos usuários, é que surge a proposta desse trabalho. Os resultados desse trabalho podem levar ao desenvolvimento de um instrumento confiável, de fácil aplicação e realmente capaz de aferir atributos que são considerados importantes na APS. Podem, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde nacional, considerando os desafios que enfrenta no presente e capacitando-o para aqueles que certamente surgirão no futuro.

2.1 Avaliação de serviços de saúde

2.1.1 Algumas notas históricas

Em 1910, foi lançado nos Estados Unidos o documento intitulado *Medical Education in the United States and Canada*, também conhecido como Relatório Flexner¹, que foi organizado para a Fundação Carnegie por Abraham Flexner, à época acadêmico da Johns Hopkins University. Buscando analisar mais atentamente o Relatório Flexner, observa-se que o mesmo foi muito adequado aos requisitos de uma prática médica voltada para o controle social/reprodução da força de trabalho, necessários à transição de uma economia rural-agrícola para outra, urbano-industrial, em curso no princípio do século XX.

No contexto flexneriano, principalmente quando analisados à luz do seu princípio biologicista, haveria pouco espaço para os Centros de Saúde Primários², principalmente porque eram espaços que buscavam aproximar as condições de saúde dos indivíduos com suas condições de existência. Essas experiências passaram a sofrer uma série de efeitos do corporativismo médico e de discriminações de cunho político-ideológico nos Estados Unidos, fato esse agravado pela pouca vocação dos Centros de Saúde Primários para o consumo de remédios e aparelhos biomédicos (ALEIXO, 2002).

¹ Documento que viria a alterar de maneira marcante os rumos da atenção médica no século XX, representando um contraponto a esse movimento inicial de APS que se iniciava. Através de suas idéias de especialização e tecnificação do ato médico, o Relatório Flexner serviu bem à necessidade de expansão da indústria de remédios e aparelhos médicos e seus preceitos de biologicismo e individualismo se opunham às ameaças de teorias que apontavam as causas sociais na origem das doenças.

² Lord Dawson definiu, em 1920, as bases da atenção primária à saúde. O Centro de Saúde Primário seria a instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível local. Essa instituição seria equipada como um serviço de medicina preventiva e curativa; deveria ser conduzida por um médico generalista do distrito e deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais (ANDRADE, *et al*, 2006; CONILL, 2008).

O século XX assistiu ao crescimento e afirmação do modelo biomédico³, através da grande expansão da indústria capitalista da doença, representada principalmente pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos, hegemônico até os dias atuais.

O modelo biomédico fundamentou, apesar de não ter essa intenção, uma prática clínica que prioriza e se concentra na doença como objeto e sua cura como objetivo. A saúde passou, ao longo do tempo, a ser concebida como fonte de lucro. Baseado em uma prática que enfatiza a alta tecnologia e busca a especialização crescente, não tardaria muito para que esse mesmo modelo se tornasse excessivamente caro e incapaz de promover assistência a todos. Aplicado isoladamente, pode se revelar eficaz do ponto de vista biológico, mas é excessivamente dispendioso e caro no nível coletivo, excluindo grandes parcelas populacionais, sendo ineficaz frente aos determinantes sociais. Esse modelo cientificista de ensino em saúde foi legitimado dentro das Universidades, com consequências diretas sobre o perfil profissional dos acadêmicos, que passaram a priorizar na sua prática clínica diária a doença e sua cura com muito pouca ênfase sobre o conhecimento dos determinantes e condicionantes sociais das doenças, tornando-se, portanto, profissionais despreparados para perceber e compreender essa determinação social (WERNECK, 2008).

Provavelmente a primeira abordagem sistematizada de um mecanismo de avaliação do ensino, conseqüentemente da prática médica, tenha sido o relatório Flexner. Esse relatório apontava para a necessidade de controle do exercício profissional, avaliando a educação médica e denunciando, de maneira muito forte, as precárias condições da prática profissional. Dessa maneira, nos países centrais, o desenvolvimento da avaliação deu-se, num primeiro momento, sob o impulso das corporações médicas na busca do controle das más práticas e do resguardo profissional. Nessa mesma época, no

³ Modelo explicativo do processo saúde doença, cujas características foram fortemente influenciadas pelo Relatório Flexner e que possui como principais características a ênfase nas variáveis biológicas das doenças, considerando determinantes sociais secundários, senão irrelevantes e a compreensão da população como uma simples soma de indivíduos, abordando os padrões de doença em populações como um simples agregado de casos individuais (MOYSÉS e MOYSÉS, 2006).

Brasil, por outro lado, o desenvolvimento das entidades profissionais não incorporou essa prática (REIS *et al*, 1990).

Posteriormente ao relatório Flexner, ainda buscando responder aos mesmos objetivos, surge outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde. Trata-se do trabalho de Codman, chamado "*A Study in Hospital Efficiency: the first five years*". Publicado em 1916, este trabalho apresenta uma proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (REIS *et al*, 1990).

Na década de 1950 teve início a realização mais rotineira de estudos visando a avaliar a qualidade de serviços. Inicialmente, a avaliação era realizada a partir de aspectos isolados, como controle de infecção hospitalar, padrões de adequação de instalações e sistematização dos procedimentos executados pela enfermagem (LIMA *et al*, 2010). Nessa mesma época surgiu nos Estados Unidos a chamada "pesquisa em serviços de saúde" ("*health services research*"). Esse tipo de pesquisa utilizava-se do método epidemiológico para quantificar as práticas clínicas, já constatando uma variabilidade no seu padrão, de acordo com o tipo de população atendida, características profissionais e institucionais, com análises ainda bastante atuais (NOVAES, 1996).

Ainda em relação à década de 1950 observou-se que o aumento de pesquisas sobre a relação entre profissionais de saúde e usuários contribuiu para que esses últimos entrassem na agenda de pesquisas avaliativas. Benefícios potenciais foram observados caso a visão dos usuários fosse avaliada e entendida. É deste momento o início da utilização de questionários para avaliação, cunhando a expressão "satisfação do usuário". Essa passou a ser uma meta na qualidade dos serviços e um pré requisito na obtenção do cuidado (LIMA *et al*, 2010; MENDES, 2003).

Novaes (2000) explica que foi na década de 1960 que se desenvolveu, principalmente nos Estados Unidos, a avaliação de programas enquanto uma

prática institucional. Eram considerados parte dos grandes programas de intervenção social propostos na época, resultando no surgimento de uma categoria profissional, os avaliadores de programas, vinculados a instituições públicas ou privadas, ou organizados em empresas prestadoras desse tipo de serviço.

Foi também na década de 1960 que Avendis Donabedian, a partir de um referencial teórico que tinha as experiências adquiridas por Flexner e Codman, propôs a avaliação da qualidade da atenção médica por meio de um modelo que sistematizava os atributos que refletem as etapas da sua construção/ produção, através das quais ela pode ser medida (estrutura, processo e resultado). Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultados incluem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas. Os indicadores de resultados, efeitos ou impactos tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos são os que avaliam as mudanças na saúde da população, relacionadas à mortalidade e morbidade. Mais recentemente, estão incluídas medidas de qualidade de vida em geral, grau de incapacidade, autonomia, avaliações de satisfação dos usuários, mudanças de comportamento das pessoas e outras situações similares. Os efeitos de determinada intervenção podem ser medidos a partir dos níveis de eficiência, eficácia e efetividade (NOVAES, 1996; REIS *et al*, 1990; SANTOS-FILHO, 2007).

Vaitsman e Andrade (2005) explicam que com Donabedian a noção de satisfação do usuário tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian avançou no sentido de incorporar os usuários na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, esses atores não puderam mais ser ignorados, e a idéia de satisfação do

usuário como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do mesmo ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores.

Na segunda metade dessa mesma década foram introduzidos os chamados estudos corporativos racionalizadores para avaliação de serviços de saúde. Entre esses destacam-se, na literatura médica, a discussão entre Análise de Custo-Benefício (CBA) e Análise de Custo-Efetividade (CEA)⁴. Mas é com a publicação em 1972 de "*Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*", de Cochrane, que há um profundo impacto no crescimento dos estudos de CBA/CEA voltados para a avaliação dos serviços de saúde. Tais avaliações, de cunho tecnológico⁵, nos países centrais, estavam relacionadas à existência de um parque industrial desenvolvido e muito competitivo. No Brasil, o parque industrial nesta área era pouco desenvolvido, o que tornava o país um consumidor indiscriminado destas tecnologias, sem a necessária avaliação (REIS *et al*, 1990).

A recessão econômica da década de 1970 provocou inúmeras crises em cadeia. Nações ricas começaram a se alarmar cada vez mais com os crescentes custos da assistência médica, seja nos Estados Unidos ou na Europa, onde prevalecia o modelo do *Welfare-State*⁶. Nesse contexto, as nações periféricas foram particularmente afetadas. A enorme dívida externa contraída nas décadas anteriores foi cobrada com altos juros, empobrecendo cada vez mais essas nações, gerando miséria e doenças em níveis

⁴ Na CBA, as conseqüências positivas dos programas avaliados (os benefícios), assim como os custos, são medidos em unidades monetárias. Isto permite uma avaliação do valor inerente a um programa, assim como uma comparação entre programas semelhantes. Já a CEA mede as conseqüências positivas não em termos monetários, mas em outra unidade qualquer, tal como anos de vida poupados, dias de morbidade ou mortalidade evitadas, etc (REIS *et al*, 1990).

⁵ Novaes (1996) afirma que tal tipo de avaliação na verdade teria se desenvolvido na década de 1970, tomando como seu campo de investigação e prática o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, produção, incorporação e utilização de tecnologias em saúde, lançando mão, entre outros dados, das informações produzidas pela clínica e epidemiologia relativas aos serviços de saúde.

⁶ Tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia.

alarmantes, quadro esse agravado pela diminuição de recursos para o setor saúde e pela pouca importância dada à APS (ALEIXO, 2002).

Esse momento de recessão que o mundo vivia serviu para um maior questionamento dos crescentes custos da atenção médica baseada no modelo biomédico, principalmente nos países centrais. Acompanhados da complexidade da assistência (uso indiscriminado da tecnologia e procedimentos médicos cada vez mais sofisticados), que não corresponderam a ganhos reais para as populações (baixa redução de morbimortalidades diversas) levaram a um impulso para a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação de qualidade e dos custos da assistência na saúde. A existência de seguro privado e/ou controle da sociedade sobre os gastos em saúde foram, nos países centrais, condições objetivas para o avanço da avaliação dos serviços de saúde como forma de racionalização dos gastos. No Brasil isto não se deu, em parte, devido ao pouco desenvolvimento do seguro privado e também devido à "socialização" dos custos, com repasse de recursos públicos à iniciativa privada, sem o correspondente desenvolvimento de mecanismos de controle pela sociedade (REIS *et al*, 1990).

Nesse momento de preocupação com os custos envolvidos na saúde, bem como com a competitividade acirrada entre empresas, a satisfação do usuário foi ratificada como um atributo da qualidade no setor, um verdadeiro produto, não podendo o serviço ter qualidade se o usuário não estiver satisfeito (MENDES, 2003). As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, no caso brasileiro, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente. O objetivo era conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

A década de 70 assistiu ainda ao surgimento do Relatório Lalonde, de autoria do Ministro Canadense Marc Lalonde, que apontou a importância da promoção

da saúde⁷na organização dos serviços de saúde pública. Lalonde demonstrou que a maior parte dos gastos se dava no setor da assistência à saúde, enquanto que a biologia humana, o estilo de vida e o ambiente recebiam muito menos recursos, que são justamente os fatores mais ligados à etiologia das doenças. As idéias de Lalonde ampliaram as reflexões sobre os limites do modelo biomédico e certamente possibilitaram um enriquecimento nas discussões da conferência que aconteceria dois anos depois, em Alma-Ata (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

É nesse momento histórico, caracterizado pela regressão das políticas sociais, forte crise econômica mundial, agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, piora do quadro sanitário mundial, ineficiência e alto custo do modelo biomédico que, em 1978, aconteceu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, antiga União Soviética. Segundo Andrade *et al*, (2006), em Alma-Ata foi afirmado que a APS era a chave para alcançar em todo o mundo um futuro previsível com um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Nessa ocasião a APS foi conceituada como uma

atenção essencial baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento em um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível do contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada á saúde (OMS, 1978).

⁷ Representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução e também busca um equilíbrio necessário e adequado nos gastos do setor saúde (BUSS, 2000).

São ainda da década de 1970 os chamados estudos antropossociais, que tomam os indivíduos e os agrupamentos sociais como base de sua metodologia para avaliação de serviços de saúde. Seus eixos principais se baseavam no acesso e na satisfação dos usuários (REIS *et al*, 1990).

A década de 1980 foi caracterizada por pesquisas avaliativas no setor público de saúde que foram realizadas principalmente devido ao aumento do consumo e da necessidade de aumentar a eficiência nesse setor. Até 1987 a ênfase era sobre os custos e controle dos gastos; após esse ano o enfoque recaiu sobre os resultados, a qualidade e a satisfação das necessidades do consumidor (MENDES, 2003).

Na década de 1990 passou a existir uma ampliação nos conceitos de efetividade, resultado e qualidade, que não deveriam mais limitar-se a uma perspectiva clínica biológica, mas incluir dimensões da subjetividade e historicidade, o que significa pensar também em saúde e qualidade de vida (NOVAES, 1996). É nessa mesma década que aumenta o interesse, no Brasil, por práticas avaliativas na saúde, em virtude da ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais no contexto da Constituição de 1988, caracterizada pela ampliação dos direitos civis dos brasileiros (HARTZ, 1997).

2.1.2 Aspectos atuais

Para Contandriopoulos (1999) a avaliação é considerada um julgamento sobre determinada intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxílio na tomada de decisões. Vieira-da-Silva (2005) aponta como limitante desse conceito a noção de intervenção por considerar que dessa forma a avaliação fica reduzida a uma prática instrumental da ação. Propõe a substituição do termo intervenção para o termo práticas sociais, mais adequado, uma vez que a prática avaliativa deve ser considerada essencialmente uma prática social, com diferentes sujeitos envolvidos. Já para Pinheiro e Silva Jr. (2008), que realizaram levantamento bibliográfico na

Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) sobre o tema “avaliação em saúde”, não é possível ter uma definição única de avaliação em serviços de saúde.

Independentemente da definição de avaliação em saúde, seu foco são as políticas públicas vigentes na área. Não existe neutralidade dos diferentes atores sociais com as políticas públicas. Estas podem ser compreendidas como demandas das sociedades manifestadas e mediadas por grupos de interesses e movimentos sociais e, por outro lado, também podem ser entendidas como as tentativas de resposta dos governos a esses anseios e demandas (BERNIER e CLAVIER, 2011). Se a ação avaliativa compreende a emissão de um juízo de valor sobre determinada política/programa, e busca responder à essa necessidade, torna-se, portanto, necessário refletir sobre como; quando; onde; para quem; com quem; quanto – ou seja, quais fontes e quantidades de recursos; em que medida; atendendo a quais interesses; significando e ressignificando quais conceitos; representando quais influências e interesses; resultando em quais consequências. Uma prática caracterizada como avaliação pode – e deve – gerar transformações positivas na realidade e bem-estar coletivo (FERNANDES *et al*, 2011).

O advento das ações do SUS foi responsável pelo surgimento de diferentes mecanismos de avaliação para o sistema público de saúde. Observa-se um considerável esforço nos últimos tempos pela valorização de avaliações na área da saúde no contexto brasileiro, uma vez que esses processos podem contribuir pela qualificação do sistema de saúde como um todo. Diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil têm sido tomadas, que vão desde a realização de pesquisas acadêmicas com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação pelo MS da busca por pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e difusão de dados. Além disso, aponta-se a necessidade de se institucionalizar a avaliação dos serviços de saúde no país, movimento que vem sendo tomado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, especialmente em relação à APS, em função do fato de que esse nível de atenção é orientador das ações propostas pelo SUS. Busca-se incorporar a avaliação no cotidiano dos

serviços, entre gestores, profissionais e usuários para que se tenha uma visão abrangente dos processos. A institucionalização representa uma compreensão de avaliação que vai muito além da necessidade de prestação de contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para a satisfação de agentes formuladores de programas ou políticas setoriais (FELISBERTO, 2006).

Concomitantemente à busca pela consolidação de processos avaliativos no SUS (impulsionada principalmente pela tentativa de se institucionalizar avaliações), observa-se que a adoção de práticas e a elaboração de pesquisas avaliativas no Brasil têm crescido, sendo caracterizadas por complexidade teórico-conceitual e multiplicidade metodológico-operacional. Observa-se a existência de propostas criativas de avaliação em saúde, com pontos de convergência e em consonância com as proposições governamentais, de agências financiadoras intergovernamentais, de organizações não governamentais, de profissionais e de acadêmicos, que vêm sendo colocadas, sugeridas e praticadas há muitos anos no mundo inteiro. No entanto, as práticas avaliativas no Brasil ainda se apresentam como um processo em consolidação (FERNANDES *et al*, 2011).

A busca pela valorização dos processos avaliativos tem sido acompanhada por um movimento denominado meta-avaliação⁸. Guiada pelo princípio da integralidade, a meta-avaliação seria capaz de contribuir para o aperfeiçoamento das práticas do SUS, possibilitando a organização de um modelo de APS com maior resolutividade (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2008).

Preocupado em assegurar um processo de melhoria contínua da qualidade no âmbito da ESF, o MS lançou a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), objetivando obter melhores resultados nas condições de saúde da população

⁸ Trata-se de um processo descritivo, de julgamento, análise e síntese de um estudo avaliativo formal guiado por padrões e critérios propostos e validados por organismos auditores internacionais, ou seja, é a avaliação da avaliação (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2008).

assistida pela ESF. Baseada em uma perspectiva de avaliação interna, leva em consideração a visão de gestores e profissionais envolvidos. Utiliza instrumentos que facilitam a identificação dos estágios de desenvolvimento da estratégia e busca a promoção de uma cultura avaliativa e de gestão da qualidade no âmbito da APS. O inovador nesses instrumentos é a possibilidade de identificar a implantação da saúde da família em estágios (E=elementar; D=desenvolvimento; B=boa; A=avançada), desde a gestão até as práticas de saúde das equipes, permitindo que o gestor, o coordenador e os profissionais elaborem planos de intervenção para avanço nos padrões e consequente melhoria na qualidade. A AMQ não possui instrumentos que permitam a inclusão da visão do usuário nesse processo avaliativo (POTON *et al*, 2011).



Já no contexto latino americano, é possível afirmar a existência de, basicamente, duas formas de avaliação de serviços de saúde. A primeira delas é de natureza tradicional, prescritiva e, não raramente, desenvolvida pelas academias em união com agências sanitárias internacionais; outra, mais recente, pretende ser mais inclusiva e participativa. Reconhece-se alguns pontos consensuais entre esses processos avaliativos, podendo ser citadas a hegemonia dos modelos centrados em questões como eficácia, eficiência, redução de custos. Prevalece a hegemonia do modelo baseado nos interesses e perspectivas dos profissionais e avaliadores, se comparados com os demais atores envolvidos. Tal proposta avaliativa não alcançou sucesso em temas como o fortalecimento da autonomia, o envolvimento dos usuários e consequentemente seu empoderamento (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2011).

Dessa maneira há atualmente a busca pelo uso de avaliações que sejam verdadeiramente democráticas, com a inclusão cada vez maior de todos os atores envolvidos. Além de se perguntar sobre aspectos (necessários, é importante que se esclareça) de eficácia e eficiência também devem se preocupar com o papel dialógico, democratizante, participativo que permeiam as práticas avaliativas empregadas, permitindo avaliar, criticar e/ou reafirmar determinados projetos sociosanitários (COHN, 2008). Opinião semelhante apresenta Ayres (2004), que afirma que há a necessidade de se incorporar, no

cotidiano das práticas avaliativas, o conceito de avaliação formativa, caracterizada pela avaliação em saúde baseada numa perspectiva autocompreensiva e sócio-historicamente (re)construtiva. Essa categoria avaliativa deve ser complementar à avaliação normativa, caracterizada por monitorar o êxito técnico, instrumental, dos arranjos tecnológicos e gerenciais das práticas de saúde.



Trochim (2002) apresenta um modelo avaliativo que deve ser perseguido no século XXI. Para esse autor, um processo avaliativo ideal será aquele que contemplar:

- 1) uma perspectiva orientada para a ação, buscando soluções ativamente a partir dos resultados obtidos;
- 2) a capacidade de orientar o ensino, reconhecendo que todos os envolvidos devem avaliar a sua própria prática diária, o que requer a humildade e a autocrítica;
- 3) a diversidade, a participação e a inclusão não hierárquicas, permitindo a construção de consensos e negociação;
- 4) a interdisciplinaridade, enxergando os limites das disciplinas específicas e permitindo uma visão mais ampla do objeto em avaliação;
- 5) a honestidade, uma vez que deve procurar a verdade, buscando a credibilidade científica;
- 6) a prospecção, tendo um olhar voltado para o futuro e buscando avaliações que sejam simples e de baixo custo;
- 7) a possibilidade de inclusão de processos avaliativos éticos, justos e democráticos, proporcionado o acesso de todos os grupos envolvidos.

No momento atual é imprescindível conhecer melhor o que acontece nos serviços de saúde e quais os seus resultados, ou efeitos, tanto positivos quanto negativos, para os indivíduos e para o coletivo.

2.2 A saúde bucal nas políticas públicas

Porque avaliar as ações de saúde bucal na APS? Haveria alguma especificidade? Que caminhos foram traçados pelo setor de saúde bucal, ao longo da história das políticas públicas?

Desde o início do século XX, quando a provisão de serviços de saúde para a população era baseada nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), posteriormente Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), passando pelas ações específicas do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) até o advento das ações primárias na saúde a partir de Alma-Ata, a odontologia apresenta histórica dificuldade de inserção nos serviços públicos de saúde (SERRA, 1998).

As práticas de saúde bucal no serviço público, por volta da década de 1940, eram baseadas no Modelo Incremental⁹ e de certa forma romperam com a demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém mantiveram as características biomédicas. Ou seja, continuava privilegiando o individualismo, tendo o indivíduo como objeto de prática e responsável pela sua saúde (SERRA, 1998; NICKEL, *et al*, 2008).

A grande dificuldade de inserção da odontologia no serviço público de saúde manteve-se durante as décadas de 1960 e 1970, quando não havia qualquer seção, serviço ou assessoria de odontologia com funções de coordenação, assistência técnica ou apoio financeiro aos programas desenvolvidos em nível dos estados, ou seja, a saúde bucal não possuía nenhuma representação no MS, criado em 1953. Mesmo em 1967, quando na fusão das IAPS, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a participação da odontologia era muito pouco expressiva (WERNECK, 1994).

⁹ Modelo assistencial caracterizado pela assistência planejada voltada para os escolares, com exclusão de todas outras faixas etárias. Apresentava uma programação de caráter preventivo - curativo na prática odontológica, foi introduzida pelo SESP no início da década de 1950 (NICKEL, *et al*, 2008).

A década de 1970 assistiria ainda a um grande marco histórico que poderia romper com o modelo praticado: a criação, em 1976 do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que possuía entre suas marcas a ênfase dada às ações ambulatoriais de APS. Nesse momento histórico, possivelmente aquele no qual as primeiras ações de APS foram instituídas no país, a odontologia não possuía participação efetiva. Cabe ressaltar que, no INPS, subordinada à Secretaria de Assistência Médica, foi criada, em novembro do mesmo ano, a Coordenadoria de Assistência Odontológica (WERNECK, 1994).

A expansão dos serviços odontológicos na década de 1970 é favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado (concomitante ao crescimento da arrecadação previdenciária) e ocorre através de serviços próprios ou, principalmente, da compra de serviços de terceiros, caracterizando-se por baixa qualidade e ainda pelo alto grau de mutilação. Surgem nesse período críticas, advindas de setores da própria categoria odontológica à sua atuação no serviço público bem como sua dificuldade de inserção no processo de trabalho exigido nesse espaço. O país nesse momento não possuía tradição de normatização e coordenação das atividades odontológicas (PINTO, 1977).

Werneck (1994) afirma que durante a maior parte do século XX a odontologia se manteve como um “sub-setor” a parte, reproduzindo nos serviços públicos todas suas características de atuação liberal, não se integrando adequadamente às equipes de saúde. Com esse perfil de despreparo para atuação no serviço público, a odontologia participou da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, cujo tema principal foi a implantação de uma rede básica de saúde no nível nacional.

O principal desdobramento desta conferência foi a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos na Saúde (PREV-SAÚDE)¹⁰. Essa foi, segundo Werneck (1994), a primeira grande proposta nacional para os programas de

¹⁰ Programa que propunha a união do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o Ministério da Saúde para a universalização dos cuidados primários em saúde.

saúde bucal e provavelmente a primeira incursão da odontologia no nível primário de assistência. Tal vitória se baseou nos debates sobre a saúde bucal que aconteceram na VII Conferência, quando nesse espaço foi debatido o caráter ineficaz e ineficiente das ações odontológicas, o quanto essas ações eram mal-distribuídas e despreparadas para o atendimento às comunidades. Enfrentou obstáculos junto à entidades que defendiam seus interesses corporativos e que advogavam pelo modelo hegemonicamente praticado e, em consequência disso, nem chegou a sair do papel.

Em 1982 foi instituída uma comissão para estudar e propor as bases para uma nova política de assistência odontológica no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado no mesmo ano. A Portaria MPAS nº 3.163, de 16/05/83, aprova o Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAO), e determina ao INAMPS a função de implementá-lo de forma progressiva. Este documento¹¹ caracteriza-se, ao mesmo tempo, como diagnóstico da assistência odontológica, à época, na Previdência Social e como proposta para uma reorientação desta assistência (ZANETTI, 1993).

Com a finalidade de se alcançar os objetivos propostos, a principal estratégia reside no fortalecimento da odontologia no nível central do INAMPS e nas regionais. De fato, em 1984, através do Decreto nº. 89529, de 05/04/84, são criados, no nível central, o Departamento de Odontologia do INAMPS e, nos Estados, as Coordenadorias Regionais de Odontologia (ZANETTI, 1993). Contudo, como uma marca da sua incapacidade de articulação e trabalho no nível público/coletivo, a Diretoria de Odontologia em nível central do INAMPS (principalmente entre abril de 1984 e março de 1987), caracterizou-se por não buscar uma efetiva integração institucional e por não descentralizar as ações de planejamento, programação e gerência (WERNECK, 1994).

¹¹ Segundo o documento, os objetivos são: estender a cobertura a toda a população através dos serviços básicos; reduzir a incidência das doenças de maior expressão epidemiológica; aumentar a produtividade e a integração ao sistema dos órgãos federais, estaduais e municipais, das Instituições de Ensino Superior, das entidades beneficentes e das organizações patronais, visando caminhar no sentido da descentralização das ações e da universalização do acesso ao atendimento (ZANETTI, 1993).

Cabe assinalar que nesse mesmo período, como consequência das ações racionalizadoras do Conselho Consultivo da Administração e Saúde Previdenciária (CONASP) surgem em 1982 as Ações Integradas de Saúde (AIS), que, segundo Mendes (1994), vão se caracterizar como um programa de atenção médica justaposto aos demais programas levados a efeito por Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente executados na área de Saúde Pública. A saúde bucal nas AIS conseguiu resgatar princípios preconizados, na segunda metade da década de 1970, pela proposta de odontologia do PIASS e sua atuação era centrada em programas. A grande maioria destes programas orientou-se no sentido da atenção ao escolar da rede pública, na faixa etária dos sete aos 12 anos de idade, com base no Modelo Incremental, com algumas alterações, a saber, aumentando um pouco sua abrangência e objetivando alterações qualitativas na prestação dos serviços e no quadro epidemiológico (WERNECK, 1994).



A década de 1990 assistiu, no seu início, ao surgimento dos princípios do SUS, através das Leis 8080, de 19 de setembro de 1990 e 8142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Considerando a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, a saúde bucal foi inserida, no âmbito da APS, na ESF, já vigente desde 1994. Nesse contexto, a odontologia passou a fazer parte das ações do ESF por meio das portarias 1444 de 28 de dezembro de 2000 e 267, de 06 de março de 2001 (NICKEL *et al*, 2008).

Em 2003, com uma nova conjuntura política, forças democráticas que geriam a saúde bucal como um direito intrínseco de cidadania aglutinaram-se em um projeto comum. O recém-empossado governo federal tinha como estratégia a superação da exclusão social. Assim, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal¹² que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à

¹² A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. No documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde

atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população (VILLALBA, 2007).



A resistência historicamente demonstrada pela saúde bucal em se inserir nas políticas públicas justificam a necessidade da criação de mecanismos de avaliação de suas ações.

2.3 Com a palavra os usuários do sistema público de saúde

Em relação à saúde, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) apresenta um dos textos mais avançados do mundo no que se refere à concepção de saúde como direito de cidadania (BOSI e AFFONSO, 1998). Tal conteúdo expresso na Carta Magna foi posteriormente ratificado na Lei Orgânica da Saúde, principalmente através da Lei 8142, quando foram definidos os mecanismos de participação popular junto ao SUS.

Observa-se ainda que essa preocupação em dotar os usuários de uma maior capacidade cidadã não é exclusividade nacional, sendo verificado na América Latina, em países como a Argentina e México, um movimento na direção da construção de enfoques que valorizem aspectos como a multidimensionalidade do processo saúde doença, mais participativos e interessados em resgatar a perspectiva de atores sociais diretamente envolvidos nos programas e serviços da área (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2011).

No entanto, especificamente no caso brasileiro, tais conquistas expressas no plano constitucional não se materializaram, na intensidade desejada para os sujeitos fundamentais aos processos de mudança: os usuários do sistema público de saúde. Ou seja, embora existam direitos constitucionais na área da saúde, voltados para o conjunto da população, falta à mesma a

Bucal” (BRASIL, 2004) identificam-se seis princípios norteadores das ações, que seriam complementares aos princípios da universalidade, integralidade e equidade e que dizem respeito à prática do cuidado baseada em forte componente ético, a busca da criação de vínculo e conseqüente responsabilização, a gestão participativa e a busca pelo aumento do acesso da população.

conscientização de seu papel protagonista na efetivação desses direitos. No processo de construção dos direitos em saúde, destacam-se dois aspectos fundamentais: o primeiro deles, a construção de uma consciência sanitária entendida como “a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa” (BERLINGUER, 1978 Apud: BOSI e AFFONSO, 1998); o segundo aspecto, associado ao primeiro, é a participação popular como mecanismo fundamental no referido processo.

Embora seja necessário considerar o papel dos usuários em sua relação com os profissionais e serviços, particularmente diante do desafio de construção de uma consciência sanitária, observa-se uma grande distância entre o que é legalmente definido e o papel desempenhado pelos usuários enquanto cidadãos (BOSI e AFFONSO, 1998). Esta situação revela certa fragilidade do SUS, quando se considera que o fortalecimento do controle social e o incentivo à participação comunitária pressupõem que os usuários do sistema de saúde tenham competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema (TRAD *et al*, 2002).

A análise de processos participativos na saúde retrata a ocorrência de experiências de participação da população no desenvolvimento de programas pontuais de educação para saúde ou de controle de endemias. Há uma escassez de estudos destinados a avaliar os conceitos e atitudes dos diferentes atores sociais no que diz respeito à participação da população na gestão dos serviços de saúde em nível local. Sugere-se que, se o que se persegue é a participação da sociedade brasileira na tomada de decisões relacionadas com a gestão do sistema público de saúde, é necessário que sejam realizadas amplas campanhas de educação ao público, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS (VAZQUEZ *et al*, 2003).

A satisfação do usuário passou a ser um atributo da qualidade no setor a partir da década de 1960. É possível adotar a avaliação de satisfação de usuários, revertendo a lógica consumista em favor da participação e da cidadania. A questão central é não transformar cidadãos em meros consumidores de

serviços, que em princípio não são mercadorias. Uma possibilidade de superação dessa dificuldade poderá se dar por meio do desenvolvimento de estudos que avaliem a satisfação do usuário (MENDES, 2003).



Avaliar a qualidade de determinado serviço de saúde significa reconhecer e considerar a centralidade dos atores envolvidos – em especial dos usuários – para a avaliação dos rumos da qualidade das ações desenvolvidas, principalmente pela polissemia que o termo qualidade impõe, não podendo ser restrito à visão de apenas uma categoria de ator envolvido (BOSI e UCHIMURA, 2007).

A satisfação do usuário pode ser considerada uma forma de avaliação qualitativa dos serviços de saúde. O conceito de satisfação é revestido de um contexto sócio-cultural e político de uma determinada sociedade, ou seja, somente a partir do reconhecimento de uma determinada necessidade é que o indivíduo passa a demandar um serviço e potencialmente tem condições de avaliá-lo. Dessa maneira a categoria básica de análise na avaliação das necessidades do usuário é a necessidade, histórica e socialmente determinada. O reconhecimento de uma necessidade não afasta o risco de um consumismo junto aos serviços de saúde uma vez que a oferta cria “sua própria demanda”, mas deve-se levar sempre em consideração que avaliações dessa natureza devem servir para tomada de decisões em um processo de priorização de melhorias (MENDES, 2003).

Atualmente a satisfação do usuário tem impacto direto nos custos e na capacidade dos serviços. Mas, para além do enfoque restrito ao custo-benefício, a satisfação dos usuários representa a capacidade de os serviços atenderem às suas necessidades e expectativas, o que definirá, em grande parte, ao modo como os usuários irão aderir e selecionar o que lhes é proposto nos serviços (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2011).

No entanto, reconhecendo que o termo “satisfação” pode ser adotado com reduzidos riscos de que seja relacionado a uma relação de consumo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2000, introduziu nas pesquisas de

avaliação em saúde o termo “responsividade”. Enquanto as pesquisas de satisfação focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não-médicos do cuidado. Em um sentido mais amplo, pesquisas que envolvem responsividade permitem verificar o modo como direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

Ainda de acordo com Vaitsman e Andrade (2005) e Santos-Filho (2007), as metodologias que incorporam a visão do usuário, seja a partir da satisfação ou a partir da responsividade, são vistas como parte de um esforço no qual são reafirmados princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização¹³ e direitos do paciente.

Incorporar a visão do usuário na avaliação tem sido uma atitude valorizada não apenas por ser um indicador sensível da qualidade do serviço prestado mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço. Trata-se de uma oportunidade para o gestor avaliar e monitorar a qualidade, desempenho e administração dos serviços de APS e a própria gestão (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005; MEZOMO, 1993).

A participação de usuários no processo de avaliação da APS é também considerada importante do ponto de vista da promoção da saúde. Quando o processo avaliativo tem a participação de usuários pode haver a criação de um ambiente virtuoso uma vez que o próprio processo avaliativo pode fortalecer o empoderamento dos sujeitos através do fortalecimento das capacidades de ação, da criação de oportunidades de reflexões e aprendizagens individuais e de grupos, assumindo uma dimensão política e um fim social. A centralidade da participação de usuários reitera o desenvolvimento de capacidades tal como

¹³ A idéia de humanização foi acentuada a partir dos anos 1990 e passou a fazer parte do vocabulário da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde e que mais tarde são traduzidos em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais, resgatando a dimensão humana, individual e ética do atendimento, com a concepção de direitos do paciente.

expresso na Carta de Ottawa: “um processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre e melhorar sua saúde” (KLEBA e WENDHAUSEN, 2010).

A idéia da importância das percepções dos usuários sobre o sistema público de saúde é compartilhada pelo próprio Estado. Entendeu-se que

a percepção da população é mediada por inúmeros fatores, entre eles sua própria experiência na utilização dos serviços, a experiência de outros membros da família ou da comunidade, sua visão sobre como deveria ser o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, a formação de uma opinião geral a partir daquilo que é divulgado nos meios de comunicação, entre outros. Assim, a percepção da população sobre o SUS agrega questões relacionadas à experiência pessoal, às expectativas de atendimento e às informações recebidas por meio de diferentes meios de comunicação (BRASIL, 2010).

Dessa maneira foi realizada, em 2010, pesquisa elaborada pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) na qual se objetivava conhecer o grau de satisfação dos usuários com o sistema público de saúde. Dentre os resultados obtidos podem ser citados que o atendimento realizado pelas ESF foi o serviço mais bem avaliado pela população e que usuários que já tinham uma experiência prévia com o sistema avaliaram melhor que aqueles que nunca o haviam utilizado. O estudo aponta a potencialidade de que seus resultados sejam usados por gestores para o aperfeiçoamento do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Nem sempre é observada correlação entre pesquisas que avaliaram serviços de saúde a partir de uma visão técnica e a partir da visão dos usuários, uma vez que alguns dos serviços de saúde que receberam melhores avaliações pelo corpo técnico foram classificados como ruins por seus usuários. Em qualquer situação a visão dos usuários deve ser levada em consideração, junto com a visão dos demais envolvidos, objetivando o aperfeiçoamento dos serviços de saúde (BLENDON *et al*, 2001). Sabe-se, ainda, que as condições sociais e demográficas do usuário (GOUVEIA *et al*, 2005), bem como sua percepção sobre sua participação nesse contexto (AKERMAN e NADANOVSKY, 1992), podem influenciar na sua satisfação sobre os serviços

de saúde e esses aspectos devem ser levados em consideração em pesquisas que se utilizam desses atores para avaliações na área.



No caso da saúde bucal, alguns estudos objetivaram avaliar a satisfação de serviços prestados na área a partir da ótica de usuários em Instituições de Ensino Superior (LEÃO e DIAS, 2001; BOTTAN *et al*, 2006) e também em serviços de APS (ANDRADE e FERREIRA, 2006; LIMA, 2007; CARNUT *et al*, 2008).

2.4 A integralidade: uma possibilidade avaliativa para a saúde bucal

Desde as décadas de 1970 e 1980 questiona-se o modelo vigente, caracterizado por ser centrado no médico e em práticas curativas, com grande ênfase na doença, no uso exagerado de tecnologias, com pouca ou nenhuma abordagem preventiva ou promotora da saúde. Em síntese, é considerado um modelo desumano e extremamente incompleto de abordagem ao ser humano e suas necessidades totais em saúde. Essa abordagem sofreu, ao longo do tempo, duras críticas e atualmente busca-se que os profissionais de saúde tenham uma visão ampliada dos indivíduos e de saúde e doença, a partir do trabalho em equipe, colocando as necessidades dos usuários como centro do pensamento e da produção do cuidado. A integralidade apresenta-se como a possibilidade de operacionalização dessa visão e cuidado ampliado, buscando uma abordagem direcionada à idéia da totalidade dos sujeitos, em oposição a uma visão fragmentada dos mesmos (FONTOURA e MAYER, 2006).

Além de ser uma diretriz do SUS, a integralidade é uma “bandeira de luta”, um enunciado de algumas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis por alguns. Ela representa um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2009).

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como “atendimento

integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde. Outra possibilidade de entendimento da integralidade está a partir da rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências, de tal maneira que a integração entre as ações satisfaça as necessidades daqueles que buscam o sistema de saúde. Pode ainda ser considerada a partir de políticas específicas, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional específico (MATTOS, 2004). No caso do Brasil, parece predominar uma percepção ampliada da diretriz da integralidade, significando, além da gama de serviços, seu caráter contínuo e coordenado. Nota-se também a preocupação em focar o cuidado e as condições de gestão que o determinam (CONILL, 2004).

A integralidade constitui um dos pilares da organização do SUS. Sua efetiva presença, em termos de integração entre promoção, prevenção e tratamento tem sido induzida nas diferentes modalidades de financiamento da APS no Brasil, com a utilização de critérios populacionais, epidemiológicos e de desigualdades regionais (CAMPOS, 2003).

Seja a partir de uma abordagem ou outra, a integralidade é vista como um atributo contrário a toda forma de objetivação dos sujeitos e deve ser entendida como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram (PINHEIRO e MATTOS, 2009).

No cotidiano das práticas dos serviços de saúde a integralidade busca romper com a dicotomia historicamente definida no contexto brasileiro entre ações de saúde pública e de assistência médica. A integralidade busca uma organização do trabalho que considere a relação desproporcional entre profissional e usuário, entendendo que as necessidades desse último não são reduzíveis ao conhecimento técnico do primeiro (COSTA, 2004).

Uma das características fundamentais da APS no Brasil, independentemente do modelo de organização das ações, é a presença da integralidade (PAIM, 2004). Essa visão está de acordo com Starfield (2002), para quem a integralidade é considerada como um dos atributos próprios e essenciais da APS. Incorporar a integralidade enquanto atributo avaliador de políticas ou sistemas de saúde está em acordo com posturas avaliadoras renovadas, preocupadas com a democratização dos processos, interessada em escutar diferentes pontos de vista e nos resultados, mas também com os aspectos subjetivos e simbólicos dos sujeitos (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2011).

O termo avaliação em saúde, a exemplo do que ocorre com a integralidade, é caracterizado por ser polissêmico, comportando diferentes significados. Diferentes aspectos envolvidos na avaliação dos serviços e sistemas de saúde também estão envolvidos na avaliação da integralidade: a multifatorialidade de saúde e doença, a diferença entre dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade e principalmente o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos. Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários (CONILL, 2004).

Ainda segundo Connil (2004), em sua formulação sobre Avaliação da Integralidade, existem quatro grupos de questões a serem destacados: (1) qual é o entendimento acerca desse conceito e como verificar sua expressão prática; (2) quais modelos de atenção proporcionam processos de trabalho (práticas) favorecedores de ações mais integrais; (3) qual a influência dos fatores contextuais sobre esses processos; (4) quais os efeitos de um cuidado, serviço ou sistema integral sobre a situação de saúde

Práticas na APS que queiram ser avaliadas tendo por referencial teórico a integralidade devem garantir a inclusão dos usuários na definição de suas necessidades e na tomada de decisões sobre a oferta de alternativas de cuidado. É necessário que os usuários sejam considerados os principais atores

nesse processo. A eles cabe a tomada de decisões sobre suas necessidades por cuidado e os saberes originados a partir dessa avaliação devem ser socialmente apreendidos pelos demais envolvidos. Esses sujeitos devem participar efetivamente das informações que eles mesmos produzem, por meio de julgamentos realizados sobre o cuidado a eles dispensado, bem como na tomada de decisão sobre as ações a eles oferecidas. A visão dos usuários deve ser confrontada com a visão de técnicos na área da saúde. Existe uma tendência na valorização da visão dos profissionais envolvidos por se considerar que estes possuem *expertise* acadêmica. Aos usuários caberia a execução de “tarefas” a partir de um rigor científico considerado “correto”, mas que na verdade carrega conhecimentos muitas vezes descontextualizados e que enfatizam o método e não o problema que gerou a necessidade de avaliação. Os resultados obtidos, por sua vez, devem ter elevada capacidade de produzir conhecimentos que gerem novos valores de juízos, elaborando respostas qualificadas às necessidades e o modo adequado de provê-las (PINHEIRO e SILVA Jr, 2008).

2.5 Um marco teórico capaz de avaliar a APS a partir da integralidade

Embora haja consenso com relação à importância da APS, o mesmo não ocorre no que diz respeito à sua definição. Além do mais, formas de organização e operacionalização deste nível assistencial são bastante diferenciadas nos diversos países (GIOVANELLA, 2006).

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição da APS defendida por Starfield (2002) vem sendo muito utilizada, inclusive pelo MS. Esta autora define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. Desta forma, é possível definir os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade (vínculo/longitudinalidade), a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema.

Embora o referencial teórico proposto por Starfield (2002) seja voltado para avaliação da APS a partir de seus atributos próprios, Sala *et al* (2011), afirmam que esse referencial permite uma avaliação da integralidade na APS. No plano da “integralidade horizontal”, ou do cuidado proporcionado, aparecem acesso e vínculo; no plano da “integralidade vertical” aparecem coordenação e integralidade. Uma síntese do pensamento de Starfield (2002) em relação aos atributos essenciais da APS encontra-se no quadro 1:



QUADRO 1: Atributos essenciais da APS, segundo Starfield:

ATRIBUTOS ESSENCIAIS	CARACTERÍSTICAS
Acessibilidade e primeiro contato (a porta)	Essa porta de entrada deve ser de fácil acesso, ou seja, sem barreiras financeiras e/ou estruturais. A ausência de uma porta de entrada nesses termos faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, ou seja, adiada, gerando gastos adicionais. Se houver necessidade, o serviço se constitui como porta de entrada para os outros níveis de atenção. A APS deve ser geral: não restrita à faixas etárias ou tipos de problemas/condições. Deve ainda ser acessível em relação ao tempo, lugar e cultura.
Vínculo ou longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
Coordenação da atenção	Sem a coordenação, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria prejudicada. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento; contempla ainda a facilidade em acessar os demais níveis do sistema e outros setores sociais. Prevê mecanismos eficientes de referência e contra-referência. Portanto, coordena toda a orientação e apoio que a pessoa recebe.
Integralidade	Exige que a APS reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade dos serviços pode, portanto, variar de uma comunidade para outra. Deve ser curativa, reabilitadora, promotora da saúde e preventiva.

Fonte: Starfield (2002)

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido pela Johns Hopkins University (SHI *et al*, 2001) é um instrumento capaz de avaliar os atributos que Starfield (2002) considera essenciais à APS. Esse instrumento foi adaptado e

validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O questionário apresenta diferentes versões entre atores, de modo a propiciar o diálogo entre as opiniões. Os atributos que norteiam o questionário são os mesmos que o MS define na operacionalização da APS no meio brasileiro, de tal forma que esse instrumento tem sido usado por diferentes pesquisadores nacionais (STRALEN *et al*, 2008; VIANA *et al*, 2008; ELIAS *et al*, 2006). O PCATool é considerado o instrumento capaz de avaliar a APS no contexto nacional (BRASIL, 2010) mas aborda de maneira muito superficial as ações executadas pela saúde bucal.

Outra possibilidade de avaliação da integralidade na APS está na proposta feita por Silva Jr. e Mascarenhas (2008), baseada nos atributos acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Para esses autores a possibilidade de usar esses atributos permitiria inferir sobre a integralidade nesse nível de atenção e verificar a direcionalidade da construção do modelo tecnoassistencial em coerência com os princípios do SUS. O quadro 2 traz uma síntese do pensamento dos autores sobre esses atributos.

Essas duas possibilidades de avaliação da integralidade na APS podem preencher lacunas atualmente existentes em relação a instrumentos voltados para esse tipo de avaliação no sistema público de saúde. O SUS possui alguns mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas no nível primário. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Pacto), ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. Outro instrumento disponível é o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), sistema complexo e que oferece muitas possibilidades de monitoramento, mas que não tem sido bem explorado na avaliação do sistema (ALMEIDA e MACINKO, 2006).

QUADRO 2: Atributos avaliadores da integralidade na APS, segundo Silva Jr. e Mascarenhas:

ATRIBUTOS	CARACTERÍSTICAS
Acolhimento	<p>Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de sentir as necessidades do usuário e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas. Pode ser avaliado a partir de três dimensões: postura, técnica e reorientadora dos serviços. A primeira dimensão, <i>postura</i>, pressupõe a forma humanizada com que os profissionais de saúde recebem, escutam e tratam os usuários e suas necessidades, construindo uma relação de confiança e de mútuo respeito. A segunda dimensão, <i>técnica</i>, permite que procedimentos e ações organizadas facilitem o atendimento, a escuta, a aquisição de saberes e a divisão de responsabilidades participativas, resultando em trabalho em equipe e interdisciplinaridade. A terceira dimensão, <i>reorientadora de serviços</i>, supervisiona a organização das necessidades em saúde, reformulando o processo de trabalho e pontuando problemas para obtenção de soluções e respostas. Por fim o acolhimento liga-se à idéia de <i>acesso aos serviços</i>, ou seja, às dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde.</p>
Vínculo/ responsabilização	<p>Existe uma relação dialógica entre acolhimento, vínculo e responsabilização, uma vez que quem vincula a alguém se responsabiliza. Vínculo pode ser pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. No primeiro caso, o profissional de saúde deve ter um “investimento” afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo um vínculo firme e estável, o que se constitui em importante instrumento de trabalho. No segundo caso, há a elevação do termo “terapêutico”, representando uma atenção aumentada do profissional em relação ao seu paciente, ou seja, uma atitude de ocupação, desvelo, responsabilização. A continuidade é um fator que representará mútuo conhecimento e confiança entre profissional e paciente.</p>
Qualidade dos serviços	<p>Qualidade da atenção vai desde a relação profissional-paciente, passando pelas características físicas da unidade básica de saúde e a adequação de equipamentos que contribuam para a prestação de serviços. O termo qualidade tem sido empregado em sentido amplo e significa nesse sentido a qualificação pessoal, segurança, aparência agradável das unidades de saúde e adequação de equipamentos que contribuem para a prestação de serviços. Qualidade de serviços deve levar em consideração a presença de um sistema de referência a um modelo ideal composto por procedimentos que tenham efetividade comprovada para situações de saúde/doença, desenvolvidos em uma relação humanizada na interação profissional/paciente e sentida de maneira positiva por esses últimos.</p>

Fonte: Silva Jr e Mascarenhas (2008)

Entre as diversas iniciativas de consolidação da Estratégia de Saúde da Família implementadas pelo Ministério da Saúde destacam-se três pela abrangência e potencial de desenvolvimento de capacidades institucionais: além do AMQ, há ainda o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), viabilizando investimentos financeiros voltados para a adequação da rede de serviços nos municípios brasileiros com

população maior que cem mil habitantes (BRASIL, 2003) e o estudo de meta-avaliação comissionado pelo Ministério da Saúde para avaliação dos estudos de linha de base do PROESF (HARTZ *et al*, 2008). O ano de 2011 observou o tema da qualidade na APS ganhar força com a iniciativa do MS, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esta iniciativa busca melhorar a qualidade dos serviços em saúde através de incentivos financeiros às ESF que pactuarem metas de qualidade e situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2011).

Alguns questionários também estão disponíveis para a avaliação da APS: o *Primary Care Assessment Survey* (PCAS), desenvolvido por Safran *et al* (1998); o *Components of Primary Care Index* (CPCI), desenvolvido por Flocke (1997); o *European General Practice Evaluation Instrument* (EUROPEP-I), desenvolvido por Grol *et al*, (2000); o *Interpersonal Processes of Care* - versão de 18 itens (IPC-II), desenvolvido por Stewart *et al*, (2007) e o *Veterans Affairs National Outpatient Customer Satisfaction Survey* (VANOCSS), desenvolvido por Borowsky *et al*, (2002). Em comum a esses questionários está o fato de que todos (exceto o EUROPEP-I) não foram validados para a realidade brasileira e avaliam outros atributos que, embora relacionados à APS, não são aqueles considerados pelo MS.

Com o objetivo de avaliar a saúde bucal na APS foi desenvolvido o Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB), desenvolvido por Fernandes (2002). O referencial teórico desse instrumento foi baseado em Donabedian (1988) para avaliação da qualidade dos serviços.

2.6 Construção e validação de instrumentos de medida

Observa-se nos últimos tempos um crescente interesse pelo uso de questionários ou instrumentos de medidas nas mais diversas áreas da saúde. Pode-se querer medir uma série de eventos de morbidade, qualidade de vida,

assim como também o foco pode ser o uso de questionários para avaliação de serviços públicos.

Mesmo dispondo de uma série de instrumentos de medida já desenvolvidos e validados, é possível que determinado pesquisador não encontre um questionário que contemple suas necessidades de pesquisa. Existe a possibilidade de se adaptar transculturalmente um instrumento disponível em outro idioma, muito embora tenha sido verificada grande disparidade nas metodologias empregadas para adaptar transculturalmente instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o que pode comprometer o processo de adaptação de um instrumento (CASTRO *et al*, 2007). Em outras situações os pesquisadores não encontram tais instrumentos, surgindo a necessidade de construí-los a fim de possibilitar seu trabalho de pesquisa.

Um primeiro passo quando se deseja construir um instrumento de pesquisa consiste em se realizar uma busca na literatura visando obter adequado embasamento científico sobre o tema que envolve o instrumento que será desenvolvido. Essa etapa é particularmente importante na seguinte, na qual se dá a busca pelas questões que inicialmente vão compor o instrumento. A obtenção de questões, portanto, pode se dar, por um lado, a partir de outras questões já disponíveis em instrumentos existentes e, por outro lado, a partir de diferentes mecanismos, como o uso de grupos focais ou a partir de informantes chave. Acredita-se que usuários são uma excelente fonte de questões porque são eles que efetivamente vivenciam situações, ao contrário de profissionais envolvidos, que possuem uma visão mais tecnicista do campo da saúde (STREINER e NORMAN, 2006).

O próximo passo consiste na busca por outros instrumentos que já tenham sido feitos, semelhantes àquele que se deseja construir e que sirvam de suporte na construção do novo instrumento. Uma importante razão para isso está no fato de que os instrumentos previamente feitos são uma excelente fonte de questões: economiza-se trabalho na construção de questões que foram desenvolvidas por outros pesquisadores; os instrumentos já existentes foram

submetidos a processos de validação, tendo suas propriedades psicométricas avaliadas e existem relativamente poucas maneiras de se perguntar a uma pessoa sobre determinado tema que se queira saber (STREINER e NORMAN, 2006; LEÃO e OLIVEIRA, 2008; VIEIRA, 2009).



No processo de construção do instrumento é necessário que sejam definidas claramente quais as informações a serem obtidas, evitando a inclusão de perguntas que não sejam relevantes aos objetivos da pesquisa. Perguntas desnecessárias tornam o questionário longo e cansativo, aumentando o tempo gasto nas etapas de digitação e análise dos dados. Por outro lado, é importante que o instrumento contenha perguntas em número e qualidade suficiente para responder aos objetivos da pesquisa, pois nada poderá ser feito posteriormente, quando o instrumento estiver validado, para compensar uma eventual lacuna em sua estrutura. As perguntas podem ser do tipo aberta ou fechada; nesse segundo caso podem ser utilizadas escalas, como a de Likert, muito usada junto aos entrevistados para quantificar atitudes, auto avaliação de condições de saúde ou de serviços de saúde. As perguntas devem ter clareza, precisão, simplicidade e neutralidade uma vez que perguntas que não são claras podem deixar o pesquisado em uma situação de hostilidade, desconforto e confusão (VIEIRA, 2009).

Uma vez que as questões foram desenvolvidas é necessário que o novo instrumento tenha suas propriedades psicométricas¹⁴ avaliadas, em um processo chamado validação. O processo de validação de um instrumento envolve a verificação de sua confiabilidade e sua validade (STREINER e NORMAN, 2006).

A confiabilidade, também chamada consistência, avalia o grau de erro na aplicação de um instrumento (Mc DOWELL, 2006). Pode ser definida como a proporção da variância atribuível à variabilidade dos sujeitos em função da

¹⁴ A psicométrica é a ciência que estuda a teoria e a técnica de medição de variáveis psicológicas, responsável pela validação de determinado instrumento, utilizando-se de símbolos matemáticos no estudo científico de fenômenos psicossociais (MICHELL, 1999). Essa ciência, inicialmente voltada para a aplicação em psicologia, foi gradativamente incorporada na área da saúde (Mc DOWELL, 2006).

variabilidade total da escala, podendo ser representada pela fórmula (STREINER e NORMAN, 2006):

$$\text{Confiabilidade} = \frac{\text{variabilidade dos sujeitos}}{\text{variabilidade dos sujeitos} + \text{erro de medida}}$$

Pode-se dizer, portanto, que a confiabilidade é o grau com que um instrumento diferencia indivíduos. Consequentemente, a confiabilidade está diretamente relacionada à população estudada. A confiabilidade de certo instrumento modifica-se em um grupo homogêneo ou heterogêneo de pessoas. Assim, não se deve falar em confiabilidade de uma escala, mas confiabilidade de uma escala para determinada população. Dessa maneira, como a confiabilidade envolve a razão da variabilidade entre indivíduos em relação à variabilidade total, preconiza-se que o estudo de confiabilidade seja feito em uma população heterogênea (STREINER e NORMAN, 2006).

Geralmente são avaliadas, na confiabilidade de um instrumento, sua estabilidade e homogeneidade. A estabilidade temporal pode ser avaliada pela metodologia teste-reteste, quando se avalia a variabilidade de uma escala aplicada a uma mesma pessoa em dois momentos distintos, sendo importante que o intervalo de tempo entre as respostas não seja tão curto, de maneira que a pessoa não lembre suas respostas e nem tão longo, de maneira que as propriedades medidas tenham mudado. Um intervalo de tempo entre 2 a 14 dias é considerado adequado (STREINER e NORMAN, 2006).

A verificação da estabilidade temporal de um instrumento pode ser feito através do cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) ou através do cálculo do índice Kappa, este para variáveis categóricas. Os valores abaixo descritos podem ser atualmente adotados para avaliação do CCI e Kappa, respectivamente (CICHETTI e SPARROW, 1981).

CCI		Kappa	
>0,75	Excelente	>0,8	Quase perfeita
0,6-0,74	Boa	0,61-0,8	Substancial
0,4-0,59	Moderada	0,41-0,6	Moderada
<0,4	Pobre	<0,4	Baixa

FIGURA 1: Valores adotados para avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclasse e Kappa, segundo Cichetti e Sparrow, 1981

A homogeneidade também é conhecida como consistência interna e corresponde ao grau de correlação entre as questões de um instrumento aplicado a um grupo. Supõe-se que seja proporcional à força da variável latente, ou seja, se as questões são fortemente relacionadas à variável latente deverão apresentar fortes correlações entre si (Mc DOWELL, 2006). O indicador de consistência interna usado com maior frequência é o alfa (α) de Cronbach, sendo que quanto mais próximos de 1 forem os valores encontrados, maior a correlação entre as questões da escala. Sugere-se que valores entre 0,7 e 0,9 sejam desejáveis para fins de avaliação da consistência interna de um instrumento, mas valores acima de 0,9 podem indicar que existe redundância entre as questões, ou seja, uma concordância excessivamente alta (STREINER e NORMAN, 2006).

O valor do α de Cronbach não aumenta apenas em função de uma maior concordância interna, mas também em função do número de questões do instrumento. Se por um lado existe a necessidade de que o instrumento seja capaz de mensurar todos os aspectos que se deseja avaliar (STREINER e NORMAN, 2006), por outro lado em instrumentos auto aplicáveis, nos quais se deseja colaboração e atenção do pesquisado, é desejável que o instrumento não seja longo (NETEMEYER *et al*, 2003).

A confiabilidade nos informa que o instrumento está medindo algo de maneira reproduzível, mas não nos informa sobre o que está sendo medido. A determinação daquilo que o instrumento está de fato medindo envolve a necessidade de estudos de validação. O termo validade refere-se ao processo

pelo qual se determina o grau de confiança de inferências sobre a população estudada, tendo como base os escores da escala (STREINER e NORMAN, 2006). Existem diferentes formas de validade de um instrumento, predominando a validação de face, conteúdo e construto.

A validade de conteúdo busca verificar se o instrumento que está sendo desenvolvido contempla todos os conteúdos ou domínios considerados importantes, considerando os objetivos do pesquisador. Quanto maior é a validade de conteúdo de determinado instrumento, maiores podem ser as inferências válidas que podem ser feitas sobre uma pessoa em diferentes condições. A validade de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novos instrumentos porque significa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Refere-se ao grau com que uma escala abrange os aspectos do construto que se deseja medir, uma vez que espera-se que um instrumento avalie os aspectos considerados mais relevantes de certo construto. A verificação desse tipo de validade é feita durante a revisão crítica das questões do instrumento, buscando verificar se o mesmo contempla os aspectos mais importantes para o estudo (Mc DOWELL, 2006).

Esse tipo de validação é feito por experts na área, sendo que não existem regras rigorosas que definem o trabalho desse comitê. O número de experts pode variar de três a dez integrantes e a forma como suas opiniões e diferenças são conciliadas pode variar. Considerando que seu papel é de sugerir questões para o instrumento que está sendo desenvolvido e outras mudanças que possam deixá-lo mais completo, em função do construto que se deseja medir, mesmo uma única sugestão deve ser considerada. A vantagem na utilização de um comitê de experts está no fato de que, se os mesmos foram cuidadosamente escolhidos, podem representar aquilo que existe de mais atual na área (STREINER e NORMAN, 2006).

A validade de face representa uma abordagem semelhante à validação de conteúdo, significando que o instrumento deve estar contemplando qualidades desejáveis. Esse tipo de validade se refere à como os pesquisados percebem o

instrumento e, portanto, deve ser avaliado por essas pessoas, que devem apontar se as questões são adequadas e compreensíveis (NEVO, 1985). Outros pesquisadores, no entanto, afirmam que a validação de face deve ser conduzida por um comitê de experts (STREINER e NORMAN, 2006) ou ainda por um grupo composto por pessoas que representem as duas categorias de atores: experts e pesquisados (LEÃO e OLIVEIRA, 2008; GÓES *et al*, 2006). Não existe um consenso no número de participantes para essa etapa, mas preconiza-se o mesmo critério usado pela pesquisa qualitativa, chamado de “amostragem por redundância”, ou seja, aplica-se o instrumento em pessoas até que não sejam relatados mais problemas, sendo que na maioria dos casos preconiza-se um mínimo de 20 pessoas. A realização de um pré teste no qual não são encontrados problemas a serem solucionados não deve ser encarada como um sinal de que o instrumento está bom, pelo contrário, deve indicar que a realização do pré teste não foi bem conduzida (STREINER e NORMAN, 2006). No entanto, a verificação da validade de um instrumento requer um trabalho mais empírico, que vá além das opiniões de experts ou pesquisados.

Atributos tais como pressão arterial ou temperatura corpórea são facilmente observáveis e mensurados a partir dos instrumentos que respectivamente aferem essas medidas: quando se usa um esfigmomanômetro ou um termômetro sabe-se o valor da medida a partir da informação definida pelo instrumento. Uma vez que se define pela medida de atributos que não podem ser visualmente mensurados, ou seja, atributos “psicológicos”, lida-se com variáveis abstratas. Esses atributos podem ser chamados de construtos, que podem ser definidos como “mini teorias”. A validação de construto busca verificar se o instrumento está avaliando adequadamente o construto que ele propõe avaliar (STREINER e NORMAN, 2006).

Existem basicamente duas razões para se desenvolver um novo instrumento: o construto é novo e não existe uma escala que o avalie ou os pesquisadores se sentem insatisfeitos com os instrumentos existentes e acreditam que eles omitem aspectos considerados importantes. Se a atitude tomada fosse pela substituição de um instrumento por outro, menor e de custo mais acessível, a opção natural seria, nesse momento, pela validação de critério, que se baseia

na análise da aplicação do instrumento que está sendo desenvolvido em relação à aplicação de um instrumento anterior a um mesmo grupo de pessoas. Por outro lado, o que a presente pesquisa propõe é a utilização da teoria existente no desenvolvimento de um novo instrumento, através do qual se busca a capacidade de explicação mais ampla de certo fato, justificando-se assim a escolha pela validação de construto. Outras razões para se justificar a escolha da validação de construto estão no fato de que se outros instrumentos estão disponíveis, pode ser difícil justificar o desenvolvimento de um novo. Pesquisadores têm a tendência de acreditar que seus trabalhos podem estar superando o que outros pesquisadores fizeram anteriormente, o que pode proporcionar um interessante círculo lógico, mas, após a aplicação de ambos os instrumentos a um grupo de pessoas, pode surgir a dúvida: se o novo instrumento é melhor que o outro, porque compará-lo com o primeiro (STREINER e NORMAN, 2006)?

Uma das maneiras possíveis de se realizar a validação de construto está na análise fatorial. Para Fayers e Hand (1997), quando instrumentos estão sendo desenvolvidos, é comum aplicar a análise fatorial como meio de confirmar se o instrumento possui uma estrutura apropriada (validade de construto), possibilitando desenvolver melhor o instrumento, revelando as questões que podem ser removidas do instrumento porque contribuem pouco aos fatores subjacentes presumidos. Essa observação é corroborada por Mc Dowell (2006), que afirma que a comparação entre os fatores obtidos na análise fatorial com aqueles definidos na fase de desenvolvimento do instrumento é considerada adequada para se estabelecer a validação de instrumentos de medida.

A análise fatorial permite identificar empiricamente quantas variáveis latentes, ou fatores, compõem um conjunto de questões. Dois métodos de análise fatorial podem ser desenvolvidos: a análise fatorial confirmatória (AFC) e a análise fatorial exploratória (AFE). A AFE, mais comumente usada, procura identificar o número e características dos fatores presentes em um conjunto de questões que avaliam determinado construto. A AFC parte de uma estrutura



fatorial hipotética e busca verificar se os dados obtidos são adequados para a hipótese testada (PETT *et al*, 2003).

São identificados os seguintes passos para a condução da análise fatorial exploratória:

- a) análise da matriz de correlação;
- b) análise dos componentes principais;
- c) seleção dos fatores;
- d) rotação dos fatores;
- e) avaliação e refinamento dos fatores;
- f) interpretação dos fatores (PETT *et al*, 2003).

A matriz de correlação indica as correlações produto/momento de Pearson nas questões estudadas em valores que variam de -1 a 1, sendo que quanto maior o valor absoluto, maior também será a correlação entre as variáveis. A análise dos componentes principais é o processo de extração dos componentes que refletem a variância compartilhada entre as questões. Os componentes são padronizados, de forma que suas médias são iguais a 0 e as variâncias são iguais a 1. A variância total é igual ao número de variáveis estudadas, sendo assim a variância total de uma escala com 10 questões será, nesse exemplo, igual a 10. Os valores dos componentes principais na análise dos componentes principais são chamados *eigenvalues*, ou valores próprios. Esses valores correspondem a quantidade da variância total atribuível a um determinado componente principal, ou seja, quanto maior um *eigenvalue*, maior a variância explicada pelo fator. Como o valor da soma de todos os *eigenvalues* é igual ao número de questões, *eigenvalues* superiores a 1 indicam que a variância do respectivo componente principal é maior do que seria proporcionalmente esperado de uma questão. O primeiro componente principal representa a maior variância comum atribuível ao conjunto de questões e o valor dos componentes diminui de acordo com a ordem de extração. Isso ocorre porque cada componente representa a variância residual, excluindo a variância do componente ou dos componentes extraídos anteriormente (PETT *et al*, 2003).

A análise de componentes principais vai definir o número de fatores e a seleção desses vai depender da decisão de quantos componentes representam variáveis latentes importantes para o construto em questão. Dentre os métodos existentes para a seleção dos fatores está o de Kaiser-Guttman, que preconiza que sejam selecionados como fatores apenas os componentes para os quais os *eigenvalues* sejam maiores que um. Mas existe o entendimento de que o critério ideal para determinar o número de fatores deve ser a interpretabilidade e utilidade dos mesmos. A análise de componentes principais permite identificar o número de fatores que explicam uma porção representativa da variância, mas não permite identificar a contribuição relativa de cada questão para a variância de cada fator. Para essa verificação utiliza-se a rotação dos fatores, sendo que existem as rotações ortogonal e oblíqua. A primeira parte do pressuposto que os fatores são independentes entre si e a segunda presume a existência de correlação entre os mesmos. Entende-se que ambos os métodos devem ser usados na análise e a interpretação deve ser feita a partir das discrepâncias e semelhanças obtidas (PETT *et al*, 2003).

Não existem testes significativos que indiquem se a carga fatorial de determinada questão é alta o suficiente e contribui de maneira significativa para a formação de um fator. Dessa maneira, Comrey e Lee (1992) sugerem a seguinte classificação para a interpretação de correlações a partir de rotações ortogonais:

CARGA FATORIAL	VARIÂNCIA EM COMUM	CLASSIFICAÇÃO
0,32	10%	Fraca
0,45	20%	Razoável
0,55	30%	Boa
0,63	40%	Muito boa

FIGURA 2: Classificação para interpretação das correlações das questões segundo a carga fatorial e variância em comum. Fonte: Comrey e Lee, 1992

Após a rotação dos fatores é feita a análise e refinamento dos mesmos, sendo que o objetivo é aprimorar o instrumento que está sendo construído, acrescentando, removendo ou modificando questões. A interpretação dos fatores é a última etapa, quando são inferidas as variáveis latentes representadas pelos fatores e os mesmos são nomeados de acordo com a variável que representam. Verifica-se se os fatores obtidos empiricamente são compatíveis com aqueles definidos na construção do instrumento (PETT *et al*, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Construir e validar um instrumento sob a forma de questionário para avaliar o atendimento de saúde bucal, na APS, sob a ótica dos usuários.

3.2 Objetivos específicos:

- Construir um questionário para avaliar o atendimento de saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários;
- Realizar a validação de conteúdo, face e construto do instrumento construído;
- Verificar a confiabilidade, através da reprodutibilidade e da homogeneidade, do instrumento construído.

Trata-se de um estudo descritivo de desenvolvimento metodológico do tipo validação, sendo desenvolvido a partir das abordagens qualitativa e quantitativa. Essa pesquisa foi desenvolvida em três etapas. A primeira foi centrada na definição do marco teórico escolhido para a construção do novo instrumento e em uma revisão integrativa, voltada para proporcionar um maior embasamento científico no processo de construção. A segunda etapa, qualitativa, teve como instrumento de coleta de dados um grupo focal, voltado para verificação de percepções de usuários sobre o referencial teórico definido. A terceira etapa, quantitativa, ocupou-se do processo de desenvolvimento das questões, de validação de conteúdo, de face, de construto e verificação da confiabilidade do instrumento.

O desenvolvimento dessa pesquisa foi feito em Belo Horizonte, cidade de grande porte, população diversificada (cerca de 2.500.000 habitantes) e que possui um sistema municipal de saúde bem organizado no desenvolvimento da APS. Busca a estruturação de sua rede de saúde em direção da integralidade das ações, contando com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centro de Especialidades Médicas. Possui atualmente 200 equipes de saúde bucal distribuídas em 145 centros de saúde. Segundo dados da Prefeitura do município, a capital mineira possui nove regionais administrativas (Barreiro, Centro Sul, Leste, Norte, Nordeste, Noroeste, Oeste, Pampulha e Venda Nova).

4.1 Aprovação no comitê de ética

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Anexos 1 e 2). Os usuários foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que desejaram foram convidados a ler e assinar um Termo de Consentimento (Apêndices 1 e 2). Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial. Os

entrevistados não tiveram benefícios imediatos e estima-se que não correram riscos de constrangimento ou discriminação ao participar da pesquisa. Podiam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta e podiam abandonar a pesquisa a qualquer momento. Os entrevistados não foram identificados.



4.2 Primeira etapa

4.2.1 Definição do marco teórico

Para a definição do marco teórico do instrumento de avaliação da saúde bucal na APS levou-se em consideração, inicialmente, os atributos essenciais para esse nível de atenção à saúde, tais como propostos por Starfield (2002). As razões para a escolha desse referencial teórico estão relacionadas à adoção, pelo Ministério da Saúde, desses mesmos atributos para a avaliação da APS em nosso meio e pelo reconhecimento de que melhores desfechos em saúde estão relacionados aos atributos essenciais (CASANOVA e STARFIELD, 1995; SHI e STARFIELD, 2000).

Considerou-se, também, o referencial proposto por Silva Jr e Mascarenhas (2008), capaz de avaliar a integralidade na APS, principalmente em função das particularidades que o termo integralidade assume em nosso contexto.

Dessa maneira foi possível elaborar um modelo teórico, resultado da combinação de atributos considerados essenciais e voltados para a avaliação da APS (acesso, longitudinalidade, coordenação dos serviços, integralidade) e categorias de avaliação da integralidade (acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde). Esse modelo teórico permitiu elaborar um roteiro, usado na etapa seguinte da pesquisa, qualitativa. Uma representação desse modelo teórico encontra-se abaixo:

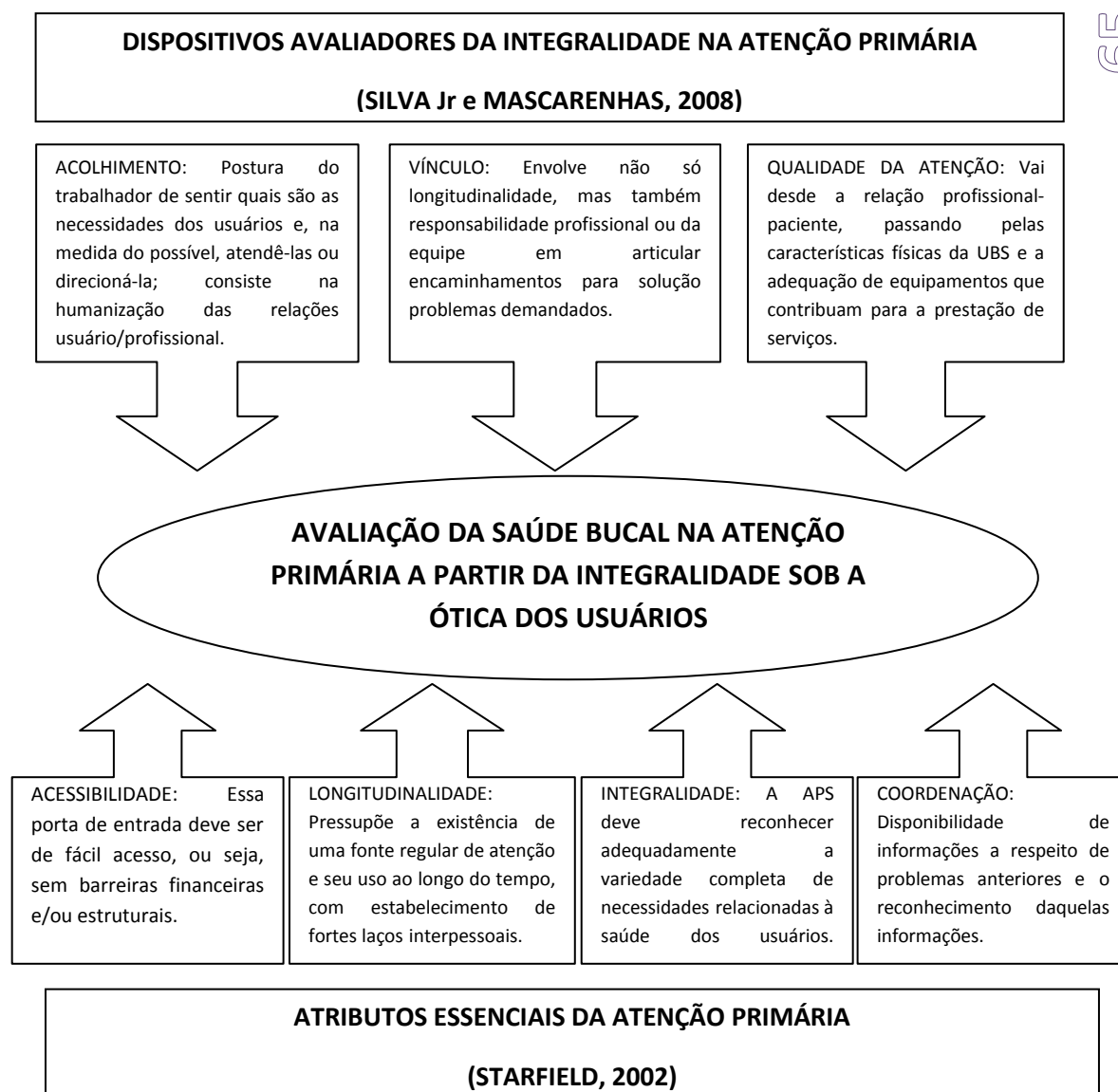


FIGURA 3: Modelo teórico para avaliação da saúde bucal na atenção primária na saúde a partir da integralidade.

É importante esclarecer que decidiu-se propositalmente pela manutenção do atributo integralidade, presente na proposta de Starfield (2002). O marco teórico busca a avaliação da saúde bucal na APS a partir da integralidade em um sentido mais amplo que o definido pela autora. Para Starfield (2002), integralidade está relacionada, em síntese, a variedade completa de procedimentos voltados para as necessidades do paciente, que devem estar disponíveis e ser prestados quando necessário para os problemas que ocorrem com maior frequência. Diferentemente da literatura internacional, o conceito de integralidade no Brasil tem agregado significados e contextos próprios, tais

como a luta pela instituição, manutenção e ampliação de direitos sociais recém-adquiridos; as enormes desigualdades socioeconômicas e culturais; a insuficiência das redes assistenciais; os modelos de gestão freqüentemente centralizados e verticais e o descompasso entre as necessidades de atenção dos usuários e os serviços disponíveis (SILVA Jr e MASCARENHAS, 2008). Portanto, para fins de definição do marco teórico, assume-se que “integralidade”, conforme Starfield (2002) é um atributo que ajuda a compor o marco teórico, mas não o representa na sua totalidade.

4.2.2 Revisão integrativa

Foi realizada uma revisão integrativa, possibilitando selecionar pesquisas que possibilitassem a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto e apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Essa revisão permite que a partir de múltiplos estudos publicados sejam obtidas conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (BEYEA e NICOLL, 1998). A pergunta norteadora da presente revisão integrativa foi: *“como a literatura tem abordado o princípio da integralidade na saúde bucal?”*.

Considerando que a organização dos serviços não acontece ao acaso e as práticas profissionais, no seu interior, ocorrem articuladas a idéias e ações coordenadas que configuram um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pela forma como os serviços são organizados, geridos e financiados (GIL, 2006), passa a ser importante conhecer o posicionamento do Ministério da Saúde para a questão que envolve a integralidade e a saúde bucal, por esse ser o maior orientador das políticas de saúde. Do mesmo modo, julgou-se importante conhecer o pensamento de diferentes autores que se dedicaram a esse tema, uma vez que estes têm certo poder de influência no processo de implementação (ou não) das políticas de saúde e, conseqüentemente, na mudança do modelo de atenção.

Partindo-se dessas observações foram analisados documentos oficiais e trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, monografias e artigos científicos)

publicados a partir de 2004, ano de lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

A busca pelos documentos oficiais foi feita através do site do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>), no link “Brasil Sorridente” e posteriormente em “publicações”, onde foi possível o acesso à documentação oficial para essa área em específico.

A busca pelos trabalhos acadêmicos foi feita a partir da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://regional.bvsalud.org> (BIREME), tendo sido usados nesse momento as palavras chave “integralidade saúde bucal”, “integralidade odontologia”, “integralidade”, sendo que nesse último os resultados encontrados foram filtrados através do link “saúde bucal”, “integrality oral health” e “comprehensiveness oral health”. Foram selecionados trabalhos acadêmicos das bases Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), usando como critério de inclusão a presença dos descritores em qualquer lugar do trabalho, podendo estar publicados em língua portuguesa ou inglesa.

O passo seguinte foi a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos acadêmicos obtidos, tomando por base a presença de conteúdo especificamente voltado para a prática da integralidade na saúde bucal, buscando-se nesse momento realizar uma seleção final do material obtido na busca. Os artigos selecionados foram buscados na íntegra, on-line através das bases pesquisadas ou, quando não disponibilizados, foram solicitados junto aos autores.

4.3 Segunda etapa: o grupo focal

Streiner e Norman (2006) esclarecem que uma vez que foi decidido pelo desenvolvimento de um novo instrumento, uma das fontes possíveis para a obtenção de questões nesse trabalho de construção do novo instrumento são os grupos focais.

Grupos focais usam a interação grupal explicitamente como parte do método. Isso significa que, ao invés do pesquisador ficar perguntando a cada pessoa as perguntas que ele julga pertinente, os participantes são encorajados pelo pesquisador a compartilhar experiências, observações e pontos de vista sobre o tema em estudo. O método é particularmente interessante para que se saiba não somente o que as pessoas pensam sobre determinado tema, mas como e porque elas pensam daquela forma. Algumas vantagens na utilização desse instrumento de coleta de dados dizem respeito ao fato de que essa técnica não discrimina entre pessoas que sabem ou não ler ou escrever, bem como pelo fato de que há a possibilidade de encorajamento de opiniões e de participação de pessoas que se sintam intimidadas quando submetidas a uma entrevista isolada (KITZINGER, 1995).



O grupo focal foi conduzido a partir do roteiro elaborado. Este objetivava apreender o ponto de vista, juízos e relevâncias dos participantes sobre o tema, sendo um instrumento que deveria conduzir o pesquisador em seu trabalho de coleta de dados, possibilitando que os atributos fossem trabalhados em amplitude e profundidade, não sendo um mecanismo que cerceasse a fala dos envolvidos.

Inicialmente foram pré-selecionados diferentes usuários para a participação no grupo focal. Os critérios usados nesse momento foram: ser adultos, de ambos os gêneros, com uma experiência mínima de dois anos de utilização, em tratamento, do serviço de saúde bucal da Prefeitura de Belo Horizonte. Um primeiro contato com cirurgiões-dentistas de dois diferentes centros de saúde, localizados em diferentes distritos sanitários da cidade, possibilitou que uma listagem inicial contendo 18 nomes e contatos telefônicos fosse obtida. Nesse contato os cirurgiões-dentistas foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e foram orientados a indicar usuários que, na sua opinião, tivessem um perfil considerado adequado para essa atividade: além dos critérios de inclusão anteriormente descritos deveriam ser pessoas capazes de contribuir e que tivessem demonstrado, ao longo de sua experiência com o sistema de saúde, uma postura participativa e dinâmica.

No momento do convite, feito por telefone, os usuários foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, como seria a atividade que iriam participar e que teriam suas despesas com transporte ressarcido. O convite foi feito uma semana antes da data agendada para o grupo focal e uma nova ligação foi feita um dia antes, com o objetivo de lembrá-los da atividade que havia sido programada. Após os dois contatos telefônicos terem sido realizados nove pessoas confirmaram que participariam do grupo focal.

O local escolhido para a realização do grupo focal foi a Faculdade de Odontologia da UFMG. Uma sala foi cedida exclusivamente para essa finalidade e apresentava condições adequadas para a atividade: silêncio, espaço, conforto para os participantes. Na data e local combinado compareceram seis pessoas, número que permite que a atividade possa ser desenvolvida. Estes se caracterizavam, em relação ao gênero, por serem cinco mulheres e um homem; em relação à sua procedência, quatro eram de origem de um distrito sanitário e dois de outro; suas idades variavam entre 20 e 60 anos de idade e eram, em sua maioria, trabalhadores assalariados ou donas de casa.

Todos que aceitaram participar dessa etapa do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PBH e da UFMG. Foram acomodados em forma de círculo. O gravador, que ocupou o centro desse círculo, foi ligado logo no início do grupo, mediante autorização dos participantes e somente desligado após todos terem se retirado do local. Essa observação permitiu que fossem registradas manifestações que poderiam ser feitas após o término formal do grupo. Foram orientados quanto à sua participação no grupo, como se evitar a sobreposição de falas ou falar sempre em direção ao gravador.

Após a primeira conversa com objetivo de esclarecimentos e de descontração do grupo foi feita a pergunta motivadora: “Como é a chegada, a entrada de vocês no serviço de odontologia do centro de saúde? Como são recebidos?” A seguir o roteiro foi sendo explorado aproveitando-se da conversa estabelecida.

A duração do grupo foi de 120 min. Esse tempo permitiu que todos os temas elencados no roteiro fossem abordados adequadamente sem, no entanto, causar fadiga, desatenção ou dispersão dos participantes. É importante ressaltar que o grupo focal foi caracterizado pela forte interação e debate entre os participantes, com todos se manifestando interessadamente.

Considerou-se que a discussão havia encerrado quando todos os tópicos definidos no roteiro haviam sido contemplados com discussões entre os participantes. Procedeu-se então a um fechamento das atividades, permitindo que cada um se manifestasse livremente sobre os temas que foram abordados. O conteúdo obtido foi transcrito pelo mesmo pesquisador que conduziu o grupo focal. Os dados foram analisados a partir de análise de conteúdo. Inicialmente foi feita leitura flutuante, exaustiva e repetida dos textos. Posteriormente, buscou-se apreender as categorias centrais relatadas (BARDIN, 2007). Todo esse processo foi realizado por dois pesquisadores, simultânea e independentemente e após discussão entre os pesquisadores as categorias foram consensadas.

O grupo focal permitiu afirmar que, na visão dos usuários, a saúde bucal na APS pode ser avaliada a partir de quatro categorias, que foram utilizadas na etapa seguinte, de desenvolvimento dos itens do questionário.

4.4 Terceira etapa

4.4.1 Desenvolvimento das questões

O primeiro passo no processo de desenvolvimento das questões foi o uso do PCATool (STARFIELD, 2002) como uma fonte de questões já disponíveis para o novo questionário. Buscou-se nesse momento verificar questões que o PCATool possui que pudessem ser aproveitadas no instrumento que estava sendo desenvolvido, de acordo com as categorias apontadas pelos usuários como relevantes para a avaliação da saúde bucal na APS. Esse processo permitiu que fossem encontradas sete questões no PCATool que respondiam às necessidades da pesquisa. Como a intenção, no desenvolvimento do novo

questionário, era pela adoção de frases positivas, as versões originais das questões retiradas do PCATool foram adaptadas, mantendo-se sua essência.



Foram desenvolvidas outras 36 questões para o questionário, contemplando a totalidade das categorias expressas pelos usuários. O desenvolvimento dessas 36 questões foi feito por dois pesquisadores, simultânea e independentemente. Um total de três reuniões foram realizadas entre esses pesquisadores nesse processo de elaboração das questões, permitindo que as mesmas fossem aperfeiçoadas, até que fossem consideradas adequadas para as etapas seguintes. Dessa maneira a primeira versão do questionário foi composta por 43 questões (Apêndice 3). Buscou-se nesse momento o desenvolvimento de questões que possuíssem um entendimento acessível ao público no qual o questionário seria aplicado, sempre que possível utilizando-se as mesmas expressões usadas pelos usuários durante o grupo focal. Preconiza-se que a redação das questões deve ser acessível ao entendimento de uma criança de 12 anos, independentemente da idade do pesquisado. Buscou-se também elaborar questões livres de ambiguidade, que não abordassem aspectos duplos, livres de jargões e que estivessem escritas de maneira positiva. A intenção nesse momento foi de tentar cobrir todos os aspectos apontados pelos usuários, mesmo correndo-se o risco de se criar um instrumento sobreinclusivo, uma vez que se sabe que as etapas seguintes poderão apontar questões que devem ser retiradas e nada poderá ser feito, posteriormente, para compensar questões que foram negligenciadas e não incluídas.

Da estrutura original do PCATool foram aproveitados ainda o cabeçalho que caracteriza o local da coleta de dados, o campo com caracterização de gênero e escolaridade do usuário e a pergunta de autopercepção de saúde. Na versão desenvolvida foi acrescentada a pergunta de autopercepção de saúde bucal e um campo com a ocupação do usuário. Esse último é o mesmo adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), chamado Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares (COD), elaborado para implantação nas pesquisas domiciliares a partir do Censo Demográfico 2010, acrescido das categorias “aposentado” e “desempregado”, inexistentes nessa classificação.

Decidiu-se pela adoção de uma escala contínua do tipo Likert no desenvolvimento do novo questionário. Essa escolha se deu pelo fato de que esse tipo de escala apresenta um número maior de possibilidades de respostas, ao contrário do que ocorre no caso das escalas categóricas dicotômicas, que oferecem limitadas possibilidades e que podem levar a uma perda de eficiência do instrumento. As escalas Likert são bipolares, com extremos totalmente opostos entre si com um ponto neutro no meio. A escala foi elaborada com 4 possibilidades de respostas (sempre, às vezes, nunca, não sabe), sendo que para as perguntas de autopercepção haviam seis possibilidades de respostas (muito boa, boa, mais ou menos, ruim, muito ruim e não sei).

Essa primeira versão foi enviada para um comitê de experts, para a validação de conteúdo e posteriormente validação de face.

4.4.2 Validação de conteúdo e de face

A validação de conteúdo foi feita a partir de um comitê de experts. Para tal, inicialmente foi elaborado um convite (Apêndice 4) que continha informações sobre o desenvolvimento da pesquisa até aquele momento. Os convidados tiveram acesso a informações como os objetivos gerais da pesquisa, a busca realizada na literatura, passando pelo desenvolvimento do referencial teórico que possibilitou o grupo focal e os principais resultados encontrados até a formulação inicial das questões. Foram convidados, por meio eletrônico, seis professores de odontologia ligados à área de Saúde Coletiva de diferentes regiões do país e que também tivessem experiência com o serviço público de saúde bucal, bem como no desenvolvimento e validação de instrumentos de medida, com publicações nesse sentido. Nesse momento foram orientados a contribuir para aperfeiçoar o instrumento, fazendo comentários em relação a cada alternativa: se a mesma é relevante (ou não), adequada, parcialmente adequada ou inadequada para avaliação das ações de saúde bucal na APS. Deveriam avaliar a clareza na redação das questões, considerando o público no qual ele seria aplicado posteriormente. Foi pedido também que tentassem

reduzir o número de perguntas existentes atualmente no questionário, mas se julgassem relevante poderiam incluir questões que considerassem pertinentes.

Foram obtidas cinco respostas de participantes. As opiniões estiveram ligadas a mudanças na formulação das questões, de forma a deixá-las com a redação mais adequada. Outras sugestões estiveram ligadas a questões que abordavam aspectos duplos em uma mesma pergunta, à uniformização de termos entre as questões (p. ex. diferentes questões usaram as palavras “rápido” e “demorado”, com a sugestão da adoção do primeiro, por ter uma conotação positiva), à remoção de palavras com sentido indutor nas questões escritas (p. ex. o uso do termo “sempre” em algumas questões). Outras opiniões estiveram relacionadas à caracterização do local de atendimento e caracterização do usuário. Foram feitas sugestões de leituras complementares que poderiam ser pertinentes.

Ao final desse processo chegou-se à conclusão que uma questão seria excluída, pois a mesma abordava um aspecto semelhante em outra questão. Dessa maneira o instrumento passou a ter 42 questões (Apêndice 5) e foi submetido a um primeiro pré teste com usuários, possibilitando a validação de face.

Para a realização da validação de face decidiu-se pela aplicação do questionário, através de um primeiro pré-teste, a um grupo de usuários. Os critérios de inclusão de participantes nesse momento foram os mesmos usados para o grupo focal: usuários adultos, de ambos os gêneros e que tivessem uma experiência mínima de dois anos de tratamento com o sistema público de saúde bucal. A aplicação se deu em duas unidades básicas localizadas em diferentes distritos sanitários da cidade. Os usuários eram inicialmente convidados a participar e esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa. Coube ao pesquisador responsável orientar os usuários de como se proceder no preenchimento do instrumento. Nessa etapa participaram 37 usuários. Todos que aceitaram participar dessa etapa do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PBH e da UFMG.

Ao final dessa atividade foi possível verificar a necessidade de mudanças. Decidiu-se pela inclusão de instruções escritas de preenchimento, até então ausentes. As perguntas de autopercepção, que eram apresentadas sem uma divisão das demais perguntas, passaram a ser separadas. Observou-se que alguns usuários apresentavam-se confusos no momento de marcar as alternativas que julgavam corretas; decidiu-se pela colocação das respostas em cada um dos quadros da escala Likert. Como uma forma de deixar o instrumento com a leitura mais clara, optou-se por um espaço de separação entre as questões. Algumas questões ainda apresentavam sentido duplo e outras não eram bem compreendidas pelos usuários, sendo que nesses casos foram reescritas. Em outros casos os usuários relataram haver entre as questões uma semelhança grande, gerando confusão na resposta e mesmo questões sem resposta, sob a justificativa que seriam “iguais”. Para esses casos decidiu-se pelo uso de negrito em certas palavras que poderiam destacar melhor o sentido da questão.

Essa etapa permitiu que duas questões, que questionavam sobre o relacionamento do cirurgião-dentista no CEO com o usuário e sobre o alcance da atuação desse profissional, fossem excluídas. Como uma questão foi desmembrada por ter duplo sentido, o instrumento passou a apresentar 41 questões (Apêndice 6).

Feitas as alterações decidiu-se pela realização de um segundo pré-teste, novamente com 37 usuários, cujos critérios de inclusão e a maneira como foram convidados foram os mesmos do pré-teste anterior. Essa segunda realização do pré-teste também foi realizada em duas unidades básicas diferentes. Foi possível observar que a inclusão das instruções contribuiu para que o preenchimento ficasse mais fácil; dúvidas relatadas na primeira versão, relacionadas à ausência de respostas na escala Likert já não foram relatadas nesse momento; as questões que foram reescritas permitiram um entendimento correto por parte dos respondentes; os termos que foram destacados em negrito contribuíram para que os usuários não se sentissem confusos no preenchimento. Consequentemente foi possível afirmar que as correções feitas após o primeiro pré-teste tinham sido adequadas e que o

instrumento estava adequado para a verificação de suas propriedades psicométricas de confiabilidade e de validação de construto.

4.4.3 Validação de construto e verificação da confiabilidade

Na condução dessa etapa decidiu-se pela aplicação do instrumento em um grupo de indivíduos, sendo que os critérios utilizados foram os mesmos das etapas seguintes: usuários do sistema público de saúde bucal, com um mínimo de dois anos de experiência com uso efetivo do serviço (tratamento odontológico), de ambos os gêneros e adultos.

Foi obtida uma listagem com a coordenação municipal de saúde bucal, contendo a relação das unidades de saúde que possuem serviço odontológico. A definição de qual unidade de saúde seria escolhida em cada um dos distritos da cidade foi feita através de sorteio simples. A relação das unidades sorteadas para a verificação da confiabilidade e a validação do construto e os distritos sanitários em que estão inseridos estão no quadro 3:

QUADRO 3: Relação de unidades de saúde sorteadas e respectivos distritos sanitários para realização do teste-reteste e validação de construto e cálculo da homogeneidade

UNIDADE DE SAÚDE SORTEADA	DISTRITO SANITÁRIO
Havaí	Oeste
Floramar	Norte
Ouro Preto	Pampulha
Santa Rita	Centro Sul
Horto	Leste
Padre Eustáquio	Noroeste
Cachoeirinha	Nordeste
Andradas	Venda Nova
Barreiro de Baixo	Barreiro

Em cada uma das unidades sorteadas foi feito um contato telefônico prévio, agendando um horário para encontro com o gerente da unidade. Nesse

encontro houve o esclarecimento dos detalhes da pesquisa: a instituição pesquisadora, seus objetivos, a razão da participação daquela unidade de saúde nesse momento, a aprovação pelo comitê de ética da prefeitura e da UFMG. Foi pedida autorização para que a pesquisa fosse realizada nas dependências da unidade de saúde, tendo sido concedida em todas as unidades visitadas.

Os usuários foram abordados na própria recepção das unidades de saúde. Aqueles que estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos eram inicialmente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, em que ela consistia, bem como sobre sua participação voluntária. Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PBH e da UFMG.

Foi feito, inicialmente, a verificação da estabilidade temporal. Cinco usuários de cada distrito sanitário, totalizando 45 pessoas, participaram de um teste-reteste, com intervalo de reaplicação do questionário de 14 dias, tempo considerado adequado para esse tipo de atividade (STREINER e NORMAN, 2006). Foram convidados usuários que, além de apresentar os critérios de inclusão inicialmente definidos, relatassem morar perto da unidade de saúde, que quisessem participar da segunda aplicação do instrumento e que não possuíssem algum impeditivo, como filhos pequenos ou horário de trabalho. Prevendo-se que nem todos poderiam ou gostariam de participar da segunda aplicação do instrumento foram convidados sete usuários de cada unidade sorteada. Para a segunda aplicação do questionário foi feito um contato telefônico prévio com os usuários dois dias antes da data definida. Foram lembrados do convite anteriormente feito na aplicação do questionário e aqueles que quisessem comparecer à sua unidade de saúde, no horário de sua maior conveniência, receberam novamente o instrumento para preenchimento. Cinco usuários de cada distrito sanitário participaram da segunda aplicação. O teste-reteste permitiu o cálculo do coeficiente de Kappa para avaliação da estabilidade temporal.

A homogeneidade foi calculada através do alfa de Cronbach e procedeu-se à análise fatorial para validação de construto. Para o cálculo da amostra, levou-se em consideração o exposto por Bartlett *et al*, (2001), que afirma que a proporção de 4:1 (pesquisados:questão) é considerada adequada para análise fatorial. Esse dado está de acordo com o proposto por Streiner e Norman (2006), para quem a proporção deve ser entre 2:1 à 4:1 pesquisados por questão. Como o instrumento apresentava nesse momento 41 questões o tamanho amostral para avaliação da validação de construto e confiabilidade foi de 164 usuários. Foi estimado 10% de perdas, elevando a amostra para 180 indivíduos. Para distribuição dos 180 indivíduos necessários para a análise fatorial e cálculo da homogeneidade levou-se em consideração a divisão do município de Belo Horizonte em 9 distritos sanitários, definindo-se assim que seriam aplicados 20 instrumentos em cada um dos distritos do município. Desses 180 instrumentos aplicados 14 foram considerados perdas pelos seguintes motivos: um usuário marcou todas as respostas; um usuário marcou apenas uma resposta; um usuário escreveu a resposta que considerava correta ao invés de marcar a opção e 11 usuários deixaram de responder a pelo menos uma pergunta.

Foi feito teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett, visando verificar a adequação dos dados para a análise fatorial. Para avaliação da homogeneidade, cada atributo deveria apresentar alfa de Cronbach $> 0,70$. Foram selecionados os fatores com pelo menos uma questão com carga fatorial superior a 0,5. Foi realizada extração de componentes principais, com o método de extração ortogonal *varimax*. O programa SPSS 17.0 foi usado para a análise estatística.

Com o objetivo de possibilitar uma síntese das diferentes atividades desenvolvidas na pesquisa em relação ao número de sujeitos envolvidos e sua caracterização é apresentado o quadro 4.

QUADRO 4: síntese das atividades realizadas no percurso metodológico da tese em relação aos sujeitos da pesquisa, sua caracterização e número de participantes:



ATIVIDADE	SUJEITOS	Nº PARTICIPANTES
Grupo focal	Usuários do sistema público de saúde bucal Ambos os gêneros Experiência mínima de dois anos de uso efetivo Origem: 2 distritos sanitários	6
Validação de conteúdo	Professores universitários com experiência em APS e construção e validação de questionários	5
Validação de face: 1º e 2º pré teste	Usuários do sistema público de saúde bucal Ambos os gêneros Experiência mínima de dois anos de uso efetivo Origem: 2 distritos sanitários	37 em cada pré teste
Confiabilidade: estabilidade	Usuários do sistema público de saúde bucal Ambos os gêneros Experiência mínima de dois anos de uso efetivo Origem: 9 distritos sanitários	45
Confiabilidade: homogeneidade e validação de construto	Usuários do sistema público de saúde bucal Ambos os gêneros Experiência mínima de dois anos de uso efetivo Origem: 9 distritos sanitários	166

1. AKERMAN, A; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* 1992; 8:361-5.
2. ALEIXO, JLM. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do Terceiro Milênio. *Rev Mineira Saúde Pública* 2002;1(1).
3. ALMEIDA, C; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local. Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS). Ministério da Saúde, Brasil, 2006.
4. ANDRADE, LOM; BARRETO, ICHC; BEZERRA, RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; JÚNIOR, MD; CARVALHO, YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Fiocruz. Editora Hucitec. Rio de Janeiro – São Paulo, 2006. 871p.
5. ANDRADE, KLC; FERREIRA, EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:123-30.
6. AYRES, JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(3):583-592.
7. BARDIN, L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2007.

8. BARTLETT, JE; KOTRLIK, JW; HIGGINS, CC. Organization research:
21. Determining appropriate sample in survey research. *Inf Technol
Learn Perform J.* 2001;19(1):43-50.
9. BERLINGUER, G. Medicina e Política. São Paulo, Hucitec, 1978. In.:
BOSI, MLM; AFFONSO, KC. Cidadania, participação popular e saúde:
com a palavra os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad. Saúde
Pública* 1998;14(2):355-365.
10. BERNIER, NF; CLAVIER, C. Public health policy research: making the
case for a political science approach. *Health Promot Int* 2011;26:109-
116.
11. BEYEA, SC; NICOLL, LH. Writing an integrative review. *AORN J*
1998;67(4):877-880.
12. BLENDON, RJ; KIM, M; BENSOM, JM. The public versus the world
health organization on health system performance. *Health Aff* 2001;
20:11-20.
13. BOROWSKY, SJ; NELSON, DB; FORTNEY, JC; HEDEEN, AN;
BRADLEY, JL; CHAPKO, MK. VA Community-Based outpatient clinics:
performance measures based on patient perceptions of care. *Medical
Care* 40(7): 578-586.
14. BOSI, MLM; AFFONSO, KC. Cidadania, participação popular e saúde:
com a palavra os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad. Saúde
Pública* 1998;14(2):355-365.
15. BOSI, MLM; UCHIMURA, KY. Avaliação da qualidade ou avaliação
qualitativa do cuidado em saúde. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):150-
153.



16. BOSI, MLM; MERCADO-MARTINEZ, FJ. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. Modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, RO; FURTADO, JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Editora Unicamp, 2011, 278p.
17. BOTTAN, ER; SPERB, RAL; TELLES, OS, URIARTE, NM. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. *Rev ABENO* 2006; 6:128-33
18. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988, 292p.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1994.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 01/96. Brasília, 1996.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – Proesf; 2003

26. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (Série B. Textos Básicos de Saúde) 6 v. Brasília, DF; 2005.
27. BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde. Brasília, 2010.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Secretaria de atenção à saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília, 2010.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília, 2011.
30. CARNUT, L; FIGUEIREDO, N; GOES, PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. *UFES Rev Odontol* 2008; 10:10-5.
31. CASANOVA C; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross national comparison. *Int J Health Serv* 1995;25:3283-3294.
32. CASTRO, RAL; PORTELA, MC; LEÃO, AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2275-2284.
33. CICCHETTI, DV; SPARROW, SA. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific itens: applications to assessmentof adaptative behavior. *Am Journal Mental Deficiency* 1981; 86:127-137.
34. COHN, A. A reforma sanitaria brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. *Social Medicine* 2008;3(2):82.

35. COMREY, AL; LEE, HB. Interpretation and application of factor analysis results. In: COMREY, AL; LEE, HB. *A first course in factor analysis*. Hillsdale: Lawrence.
36. CONILL, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde *Cad. Saúde Pública* 2004;20(5):1417-1423.
37. CONILL, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da família em centros urbanos do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(Sup1):S7-S16.
38. CONTANDRIOPOULOS, AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública* 1999;15(2):253-256.
39. COSTA, AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde Sociedade* 2004;13(3):5-15.
40. DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-1748.
41. EDITORIAL. A renaissance in primary health care. *The Lancet*, 2008;372(9642):863.
42. ELIAS, PE; FERREIRA, CW; ALVES, MCG; COHN, A; KISHINA, J; JÚNIOR, ÁE; GOMES, A; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(3):633-641.
43. ESPERIDIÃO, M; TRAD, L. Avaliação de satisfação dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(supl):303-312.



44. FAYERS, PM; HAND, DJ. Factor analysis, causal indicators and quality of life. *Quality of Life Research* 1997;6, 139–150.
45. FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006;11(3):553-563.
46. FERNANDES, LMAG. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal - QASSAb; Camaragibe, 2002.
47. FERNANDES, FMB; RIBEIRO, JM; MOREIRA, MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011;27(9):1667-1677.
48. FLEURY-TEIXEIRA, P; VAZ, FAC; CAMPOS, FCC; ÁLVARES, J ; AGUIAR, R AT; OLIVEIRA, VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2008;13(sup.2):2115-2122.
49. FLOCKE, S. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *Journal of Family Practice* 45(1):64-74.
50. GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1171-1181.
51. GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-963.
52. GÓES, PSA; FERNANDES, LMA; LUCENA, LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: ANTUNES, José Leopoldo



Ferreira; PERES, Marco Aurélio. Fundamentos da Odontologia. Epidemiologia da Saúde Bucal. Guanabara Koogan, 441p, 2006.



53. GOUVEIA, GC; SOUZA, WV; LUNA, CF; SOUZA-JÚNIOR, PRB; SZWARCOWALD, CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S109-18.
54. GROL, R; WENSING, M and Task Force on Patient Evaluations of General Practice 2000. Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP Instrument. Nijmegen, Netherlands: Centre for Quality of Care Research, Raboud University.
55. HARTZ, ZMA. A avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.
56. HARTZ, ZMA. Pesquisa em avaliação e atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação Saúde Debate*, 2000;21:29-35.
57. HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA; FELISBERTO, E; SILVA, LMV. Meta-avaliação da atenção básica à saúde. Teoria e prática. Editora Fiocruz, 2008, 409p.
58. HARTZ, ZMA, FELISBERTO, E, VIEIRA DA SILVA, LM. Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 410 p
59. KITZINGER, J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *Brit Med Journal* 1995; 311 : 299.
60. KLEBA ME, WENDHAUSEN ÁLP. O processo de pesquisa como espaço e processo de empoderamento. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):427-36.

61. LEÃO, AT; OLIVEIRA, BL. Questionários na pesquisa odontológica. In: LUIZ, RR; COSTA, AJL; NADANOVSKY, P. *Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica*. Atheneu, 2008.
62. LEÃO, AT, DIAS; K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. *Rev Bras Odontologia Saúde Coletiva* 2001; 2:40-6.
63. LIMA, MADS. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2007; 20:12-7.
64. LIMA, ACS; CABRAL, ED; VASCONCELOS, MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Recife, PE, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(5):991-1002, mai, 2010.
65. MATTOS, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* 2004;20(5):1411-1416.
66. MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R.; Mattos RA. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO; 2009, p. 43-68.
67. Mc DOWELL, I. *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press: New York; 2006, p.10-54. 3rd edition.
68. MENDES, EV (Org) *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. 310p.
69. MENDES, VLPS. Avaliação dos serviços de saúde por usuários: questão de cidadania. *Rev Baiana Enfermagem* 2003;18(1/2):97-110.

70. MEZOMO, JC. Qualidade na relação hospital-paciente. *Hosp Adm Saúde* 1993; 17:17-21.



71. MICHELL, J. An introduction to the logic of psychological measurement. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1999.

72. MICHELL, J. Measurement in psychology: a critical history of a methodological concept. Cambridge: Cambridge Press, 2005.

73. MOIMAZ, SAS, MARQUES, JAM, SALIBA, O, GARBIN, CAS, ZINA, L G, SALIBA, NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* 2010;20(4):1419-1440.

74. MOYSÉS, SJ; MOYSÉS, ST. Diferentes Abordagens de Estudos Epidemiológicos – do Individual ao Ecológico. In: JÚNIOR, OC (coord.), ANTUNES, JLF; PERES, MA. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006. 441p.

75. NETEMEYER, RG; BEARDEN, WO; SHARMA, S. Scaling Procedures. Thousand Oaks: Sage; 2003.

76. NEVO, B. Face validity revisited. *J Educatl Measurement* 1985;22:287-293.

77. NICKEL, DA; LIMA, FG; SILVA, BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(2):241-246.

78. NOVAES, HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad. Saúde Pública* 1996;12(supl.2):7-12.

79. NOVAES, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*, 2000;34(5):547-559.

80. OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.



81. PAIM, JS. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

82. PETT, MA; LACKEY, NR; SULLIVAN, JJ. Making sense of factor analysis. Thousand Oaks: Sage; 2003.

83. PINHEIRO, R; MATTOS, RA. (Org.). *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

84. PINHEIRO, R; SILVA Jr. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R; SILVA Jr; MATTOS, RA. *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 1ª Ed. 2008.

85. PINTO, VG. Características do Sub Sistema Público Federal de Prestação de Serviços de Odontologia. São Paulo: Fac. Saúde Pública da USP, 1977.[Dissertação].

86. POTION, WL; SZPILMAN, ARM; SIQUEIRA, MP. Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. *Rev Bras Pesq Saúde* 2011;13(3):57-61.

87. REIS, EJFB; SANTOS, FP; CAMPOS, FE; ACÚRCIO, FA; LEITE, MTT; LEITE, MLC; CHERCHIGLIA, ML; SANTOS, MA. Avaliação da qualidade de serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública* 1990;6(1):50-61.

88. SAFRAN, DG; KOSINSKI, J; TARLOV, AR; ROGERS, WH; TAIRA, DA; LIEBERMAN, N; WARE, JE. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical Care* 36(5): 728-739.
89. SALA, A; LUPPI, CG; SIMÕES, O; MARSIGLIA, RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011;20(4):948-960.
90. SANTOS-FILHO, SB. Perspectivas de avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(4):999-1010.
91. SERRA, CG. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. [Dissertação] Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998, 132p.
92. SHI, L; STARFIELD, B; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Practice* 2001;50(2):161-171
93. SHI, L; STARFIELD B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed level analysis. *Int J Health Services* 2000;30:541-555.
94. SILVA JÚNIOR, AG; MASCARENHAS, MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R A., orgs Cuidado: as fronteiras da integralidade, Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 2009, 320p.
95. SOUZA, ECF; VILAR, RLA; ROCHA, NSPD; UCHOA, AC; ROCHA, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção



96. STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.
97. STEWART, AL; NÁPOLES-SPRINGER, AM; GREGORICH, SE; SATOYO-OLSEN, J. Interpersonal Processes of Care Survey: patient reported measures for diverse groups. *Health Services Research* 42(3):1235-1256.
98. STRALEN, CJ; BELISÁRIO, SA; STRALEN, TBS; LIMA, ÂMD; MASSOTE, AW; OLIVEIRA, CL Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(sup 1):S148-S158.
99. STREINER, DL; NORMAN, GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford University Press, 2006.
100. TRAD, LAB; BASTOS, ACS; SANTANA, EM; NUNES, MO. Estudo etnográfico de satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(3):581-589.
101. TROCHIM, WMK. Evaluation culture 2002 [acessado em 25.02.2010]. Disponível em <http://atomic-dog.com/trochim>.
102. VAITSMAN, J; ANDRADE, GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(3):599-613.

103. VAZQUEZ, ML; SILVA, MRF; CAMPOS, ES; ARRUDA, IKG; DINIZ, AS; VERAS, IL; PEREIRA, APC. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2003;19(2):579-591.
104. VIANA, A d'A; ROCHA, JSY; ELIAS, PE; IBAÑEZ, N; BOUSQUAT, A. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(sup 1):S79-S90.
105. VIEIRA, S. Como elaborar questionários. São Paulo: Atlas, 2009.
106. VIEIRA-DA-SILVA, LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, LM; HARTZ, ZM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005
107. VILLALBA, JP. Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas e o Sistema Único de Saúde: uma reflexão para a capacitação na atenção básica. Tese [Doutorado] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2007.
108. WERNECK, MAF. A Saúde Bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. O trabalho realizado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde. [Tese]. Niterói. Universidade Federal Fluminense. 1994.
109. WERNECK, MAF. Internato em Saúde Coletiva. A disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

110. ZANETTI, CHG. As Marcas do Mal Estar Social no Sistema Nacional de Saúde: O Caso das Políticas de Saúde Bucal no Brasil dos Anos 80. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/MS, 1993.

PARTE II

Os resultados serão apresentados na forma de artigos.

5.1 ARTIGO 1

Submetido à revista Trabalho, Educação, Saúde

A integralidade no cotidiano da saúde bucal: uma revisão de literatura

RESUMO

Como princípio ordenador do Sistema Único de Saúde, a integralidade busca contribuir com a mudança do modelo assistencial, apresentando-se contrária às atitudes profissionais biomédicas e fragmentárias. As ações de saúde bucal fazem parte do esforço na construção de práticas amistosas à integralidade. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão integrativa na literatura sobre a integralidade e a saúde bucal. Foram pesquisadas publicações posteriores a 2004, oficiais (site do Ministério da Saúde) e trabalhos acadêmicos (Biblioteca Virtual em Saúde), com utilização de cinco descritores (“integralidade saúde bucal”, “integralidade odontologia”, “integrality oral health”, “comprehensiveness oral health” “integralidade”-filtro “saúde bucal”). Após a exclusão pela leitura de títulos e resumos, foram lidas e analisadas, à luz dos sentidos da integralidade, 39 referências, sendo 2 documentos oficiais e 37 trabalhos acadêmicos. Posturas profissionais diferenciadas, o modo como os serviços de saúde são organizados e o planejamento de políticas voltadas para a integralidade são conteúdos presentes nos trabalhos selecionados. A idéia de integralidade esteve ligada aos seus dispositivos (acolhimento, vínculo, responsabilização), à formação acadêmica, ao trabalho em equipe e à necessidade de diferentes níveis de assistência. Outros aspectos, tais como processo de trabalho,

mecanismos de gestão e intersetorialidade devem fazer parte de estudos futuros que envolvam a interface entre a integralidade e saúde bucal.

Unitermos: Sistema Único de Saúde, saúde bucal, revisão integrativa

Integrality in daily oral health: a literature review

ABSTRACT

Integrality seeks to contribute to health care change, presenting contrary to fragmented and biomedical nature of professional attitudes. Oral health actions are part of the effort in building practices friendly to integrality. The aim of this study was to perform an integrative review on the literature about oral health and integrality. The research included official (Brazilian Health Ministry site) and academic (Virtual Health Library) publications published after 2004, using five descriptors (“integrality oral health”; “integrality dentistry”; “integralidade saúde bucal”; “comprehensiveness oral health” and “integrality using filter oral health”). After reading titles and abstracts, 39 references were selected for reading and analysis. Differentiated professional attitudes, the way health services are organized and planning policies for integrality are contents present in the selected works. The idea of integrality was linked to its devices (bonding, embracement, accountability), to teamwork, to academic training and to the need of different levels of assistance. Aspects such as work process, management mechanisms and intersectoriality should be part of future studies involving the interface between oral health and integrality.

Uniterms: Unified Public Health System, oral health, integrative review

O século XX assistiu ao surgimento e consolidação do modelo biomédico, hegemônico nas práticas, incorporado ao dia-a-dia dos profissionais da área (ALEIXO, 2002), no imaginário da população (STRALEN *et al*, 2008) e legitimado nas Instituições de Ensino Superior (WERNECK, 2008).

É reconhecida a importância da grande expansão das indústrias de medicamentos e de materiais médico-hospitalares, permitindo inúmeras possibilidades terapêuticas. Todavia, esses benefícios apresentam um custo excessivamente alto, mesmo para nações desenvolvidas (ALEIXO, 2002), agravando o fosso existente na sociedade entre indivíduos que podem ou não pagar pela saúde. Esse modelo tem sido considerado ineficaz quanto ao impacto na qualidade de vida e saúde das populações e na otimização dos serviços. Assim, a prática clínica baseada nesse modelo acarreta fracassos no cuidado, considerando, sobretudo, a incapacidade do profissional de saúde em reconhecer a subjetividade de quem demanda por saúde (GUEDES *et al*, 2006).

Essa situação suscitou questionamentos econômicos e éticos, culminando com os debates de Alma-Ata, quando a atenção primária à saúde (APS) foi concebida como um conjunto de valores e princípios para o desenvolvimento e organização dos serviços de saúde, bem como de abordagens voltadas para as prioridades e para os determinantes fundamentais no setor (CHAN, 2008).

As ações propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm como eixo orientador a APS e buscam efetivar a saúde como um bem acessível, se constituindo em um instrumento de equidade e de justiça social, através de ações que busquem a integralidade (BRASIL, 2006).

Como princípio ordenador do SUS, a integralidade já havia sido apontada na Constituição da República (BRASIL, 1988) e posteriormente na Lei 8080 de 1990, definida como o *conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* (BRASIL, 1990).

Embora não exista uma hierarquia de importância entre os princípios ordenadores do SUS, observa-se intensa produção científica em torno do princípio da integralidade a partir de diferentes enfoques (CAMARGO Jr *et al*, 2008; SANTOS e ASSIS, 2006; PINHEIRO *et al*, 2007; TESSER e LUZ, 2008; MACHADO *et al*, 2007), possivelmente devido às suas potencialidades em disparar reflexões e atitudes que contribuem para o aprimoramento do setor. Observa-se, contudo, que essa forte presença de trabalhos abordando a integralidade pouco relaciona esse princípio do SUS às ações de saúde bucal. A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser considerada um passo rumo à integralidade das ações (BRASIL, 2000), permitindo o esforço de uma equipe frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença, embora ainda não permita o acesso ao conjunto da população a tratamentos clínicos com maior grau de complexidade.

Questiona-se, no entanto, como a integralidade é abordada no cotidiano da saúde bucal, não imaginando que as ações nessa área da saúde tenham que responder à totalidade dos sentidos da integralidade. Mas importa conhecer o que a literatura tem publicado sobre o tema, entre a integralidade e a saúde bucal, possibilitando reflexões e atitudes necessárias.



O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão integrativa sobre a integralidade e a saúde bucal, visando identificar como esse conteúdo tem sido abordado, contribuindo para melhor compreender essa interface.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa, caracterizada por selecionar publicações que possibilitam a síntese do estado do conhecimento de determinado assunto e apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com novos estudos (BEYEA e NICOLL, 1998). A pergunta norteadora da presente revisão integrativa foi: *“como a literatura tem abordado o princípio da integralidade na saúde bucal?”*.

Foram analisados documentos oficiais e trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, monografias e publicações em periódicos) publicados a partir de 2004, ano de lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), sendo utilizadas as palavras chave “integralidade saúde bucal”, “integralidade odontologia”, “integralidade” (filtro saúde bucal), “integrality oral health” e “comprehensiveness oral health”.

A busca pelos documentos oficiais foi feita no site do Ministério da Saúde (http://www.saude.gov.br), no link “Brasil Sorridente”, onde foi possível o acesso à documentação oficial para essa área em específico.



A busca pelos trabalhos acadêmicos foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS¹⁵. Foram selecionados trabalhos acadêmicos, em língua portuguesa ou inglesa, nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), considerando a presença dos descritores em qualquer lugar do trabalho.

Iniciou-se a seleção pela leitura dos títulos e resumos dos trabalhos obtidos. Os trabalhos acadêmicos selecionados foram buscados na íntegra, ou solicitados junto aos autores, quando necessário.

O material selecionado foi analisado a partir dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2009): **prática profissional** como uma resposta à atitude cada vez mais fragmentária dos profissionais de saúde num sistema que privilegia as especialidades; **organização dos serviços**, correspondendo à crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais já que o impacto positivo sobre a saúde da população não é alcançado exclusivamente no plano da assistência; **políticas públicas** específicas, desenhadas para

¹⁵ <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

responder a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional específico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os oito documentos oficiais localizados seis foram excluídos por não apresentarem conteúdo ligado à integralidade na saúde bucal, permanecendo duas publicações para a análise: o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005) e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Na busca realizada na BVS, 146 trabalhos acadêmicos foram inicialmente localizados. Quarenta e seis contemplaram os critérios de seleção estabelecidos, sendo 35 identificados no unitermo “integralidade saúde bucal” e onze, no unitermo “integralidade odontologia” (27 publicações em periódicos e 19 teses, dissertações ou monografias). Após a leitura de títulos e resumos permaneceram 37 trabalhos acadêmicos, sendo 23 publicações em periódicos e 14 teses, dissertações ou monografias.

A tabela 1 apresenta os resultados observados no conteúdo dos trabalhos acadêmicos e documentos, após a análise segundo referencial proposto (MATTOS, 2009).

TABELA 1: Distribuição dos tipos de publicação analisados de acordo com os sentidos da integralidade contemplados, 2012.

Tipo de publicação	Total avaliado	Sentidos da integralidade contemplados		
		Prática profissional	Organização dos serviços	Políticas públicas
Documentos oficiais	2	2	2	2
Public. em periódicos	23	9	8	6
Monografias, dissertações e teses	14	4	2	8

Com relação ao primeiro sentido da integralidade, ligado à prática profissional, os conteúdos relatados nos documentos oficiais apontam a necessidade de que os profissionais tenham uma visão ampliada da saúde, incluindo as suas diferentes formas de produção e a percepção dos usuários a partir de sua totalidade bio-psico-social (BRASIL, 2004). Devem incentivar a participação cidadã, através do controle social. Os caminhos possíveis para o entendimento (e posterior prática) da integralidade devem ser a educação e/ou qualificação permanente (BRASIL, 2005).

A leitura dos periódicos e demais trabalhos acadêmicos aponta que posturas profissionais diferenciadas, como escuta atenta, recepção humanizada do usuário com respostas adequadas, responsabilizando-se, gerando vínculo, humanização, cuidado e acolhimento podem contribuir na construção da integralidade (LOPES, 2007).

A postura profissional é relacionada à atuação interdisciplinar, possibilitando intervir em complexas situações da saúde, desde diabéticos e portadores de hanseníase até portadores de síndrome de Down, de paralisia cerebral e pacientes hospitalizados incapacitados de realizar seu auto cuidado em saúde

bucal, a partir do trabalho em equipe (SANTOS e ASSIS, 2006; OLIVEIRA *et al*, 2008; COSTA *et al*, 2007; SCHNEID *et al*, 2007; BELLO *et al*, 2010; FONSECA *et al*, 2010; SILVA *et al*, 2010; SILVA, 2006; CORTELA, 2009). No entanto, a integração entre os profissionais da saúde bucal e de outras áreas e mesmo entre níveis de atenção é incipiente (FARIAS e SAMPAIO, 2010; FREIRE, 2011).

A integralidade requer uma relação democrática entre quem produz e quem consome o serviço na perspectiva do atendimento às necessidades sociais. Trabalho coletivo e trabalhador coletivo devem construir relações mais democráticas no espaço do trabalho em saúde, sendo que o resultado - o trabalho total - é necessário à constituição da integralidade, não apenas a soma dos trabalhos parciais (BONFADA *et al*, 2012). No entanto as práticas de trabalho na saúde bucal são pouco permeáveis a relações democráticas e dialógicas entre diferentes trabalhadores envolvidos e a população.

Em relação ao segundo sentido da integralidade, ligado à organização dos serviços, há uma grande preocupação em conciliar diferentes ações (frequentemente os documentos oficiais citam a necessidade da promoção e prevenção com ações de assistência). A complexidade envolvida na saúde requer diferentes conhecimentos para seu enfrentamento, possibilitando a construção de novas práticas coletivas em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Serviços de saúde e profissionais devem compreender o contexto das pessoas e identificar as necessidades de prevenção, assistenciais e de promoção da saúde. Uma possibilidade de operacionalização dessa necessidade está na clínica ampliada, que tem como eixo norteador a integralidade (BONFADA *et al*, 2012). No entanto os conceitos da clínica ampliada são pouco debatidos nos trabalhos analisados.

As abordagens encontradas em relação à intersectorialidade também são incipientes. A integralidade, para ser contemplada, não depende apenas do espaço dos serviços, mas também da articulação entre esses e ações intersectoriais. Para isso a gestão pública necessita de inovação e de processos dinâmicos, possibilitando práticas amistosas à integralidade (PINHEIRO *et al*, 2007).

Em relação aos periódicos e demais trabalhos acadêmicos, observou-se a correlação entre a integralidade e a necessidade de diferentes níveis de atenção, indicando a necessidade de ampliação dos procedimentos para dar conta das demandas expressas pelos usuários (MACIEL e KORNIS, 2006; CHAGAS *et al*, 2008; SOUZA e CHAVES, 2010; CUNHA *et al*, 2011; CONTARATO, 2011; MUNKEVIZ, 2009), principalmente em função das dificuldades enfrentadas para tratamento especializado (MUNKEVIZ e PELICIONI, 2010).

Essa ampliação, contudo, deve ser cuidadosamente planejada, já que a instalação de centros de especialidades odontológicas em cidades com

atenção primária não estruturada pode levar ao atendimento da livre demanda e de procedimentos básicos nas clínicas de especialidades, impossibilitando a integralidade (CHAVES *et al*, 2010). Deve-se repensar os vínculos empregatícios, muitas vezes precários e que levam a uma rotatividade dos trabalhadores, pois o resultado pode ser o comprometimento do acolhimento, vínculo e integralidade (FARIAS e SAMPAIO, 2010).

Como ponto positivo dos demais trabalhos acadêmicos é apontada a preocupação em prover retorno para o serviço de saúde bucal onde foi realizada a pesquisa, incluindo recomendações para o corpo clínico e gestores (MUNKEVIZ, 2009).

Quanto ao terceiro sentido proposto para a integralidade, ligado à formulação de políticas, os dois documentos oficiais apontam a necessidade de políticas específicas, voltadas para as necessidades de média e alta complexidade em odontologia, ou voltadas aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional específico (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005), como os indígenas (ALVES-FILHO e RIBEIRO, 2005). A formulação de políticas avança quando é citada a necessidade de se construir um modelo de financiamento flexível, com ênfase no aumento do PAB variável, objetivando mais recursos para a atenção integral (BRASIL, 2005).

No entanto, aspectos importantes na formulação de políticas amistosas à integralidade não são abordados nos documentos. Sabe-se da importância de práticas democráticas de gestão. Espera-se que os diferentes tipos de

conhecimento no trabalho em saúde - epidemiologia, ciências biomédicas, ciências humanas e políticas - possam contribuir para assistência e estratégias mais eficientes para enfrentar os problemas de saúde da população, incluindo os desafios da integralidade (PINHEIRO *et al*, 2007) mas essa tendência não é verificada nos documentos.

Já no caso dos periódicos, observa-se que apresentam conteúdo mais reduzido se comparado com o apresentado pelos documentos oficiais. Grande ênfase é dada pela integralidade a partir da formação acadêmica, como nas clínicas integradas de ensino (MIGUEL *et al*, 2006) ou a partir da relação da homeopatia com a integralidade (LOCK-NECKEL *et al*, 2010). Essa mesma preocupação com a formação acadêmica é vista e alguns trabalhos acadêmicos (FERREIRA *et al*, 2005; FERREIRA *et al*, 2006; MOYSÉS, 2005; PIMENTA, 2005).

A residência multiprofissional pode se contrapor à formação profissional hegemônica que incentiva cada vez mais a superespecialização na saúde, embora persistam entraves junto à corporação médica (FERREIRA *et al*, 2009; DALLEGRAVE e KRUSE, 2009). A saúde bucal pode (e deve) ser integrada a outros conteúdos, não somente aqueles ligados a disciplinas biomédicas, mas também a disciplinas políticas e sociais para que seja alcançada a integralidade (QUEIROZ *et al*, 2010).

Os demais trabalhos acadêmicos trazem reflexões sobre a integralidade na APS (NARVAI, 2005) e a questão da integralidade no cuidado em saúde bucal

como uma novidade a ser encarada por dentistas, haja visto que o trabalho em saúde bucal é historicamente fragmentado (BOTAZZO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interface entre a integralidade e a saúde bucal não apresenta numeroso material para leitura e análise, significando uma lacuna a ser preenchida. O ponto de corte para a inclusão dos trabalhos (2004) não ajuda a explicar essa lacuna já que as publicações disponíveis anteriores a esse ano eram ainda menos numerosas. Observa-se, no entanto, uma tendência a um aumento no número de publicações, em especial de artigos científicos, a partir de 2010. Aparentemente a preocupação da saúde bucal em dedicar pesquisas abordando a integralidade é recente. No entanto, proporcionalmente pode ser considerado um processo rápido. A organização sistematizada das práticas em Saúde Bucal é também recente. A produção científica, além de refletir um estado ainda inicial dessa organização é também um exercício no qual, só atualmente, mais pesquisadores estão se lançando.

Em comum entre todas as referências pode ser apontado o fato de que existe certo consenso nas práticas profissionais baseadas em equipe, embora não fique claro de que forma deve ser o de trabalho em equipe em direção à integralidade. Algumas referências apontam a necessidade de “trabalho em equipe”; outras de “atuação multiprofissional”, “atuação interdisciplinar” e outras “transversalidade”. Embora sejam termos que indiquem diferentes modos como de relacionamento profissional no processo de trabalho, possuem significados

distintos. A integralidade na prática é sempre uma construção local, com limites e possibilidades de cada equipe, dos recursos disponíveis, da atuação dos gestores ou das cobranças dos usuários. Talvez por esse motivo não tenha sido observada unanimidade entre os autores para as diferentes modalidades de arranjo profissional.

Também é possível apontar a coincidência do tema ensino entre as duas categorias analisadas, documentos oficiais e trabalhos acadêmicos. A formação biomédica ainda é um entrave a uma visão mais integral dos sujeitos. Embora a formação acadêmica por si só não forme profissionais capacitados para uma prática integral (o mercado e a própria população contribuem para escolhas fragmentadas), as Instituições de Ensino Superior não devem ser omissas nesse aspecto.

Existe uma grande agenda para futuros estudos envolvendo a integralidade e a saúde bucal. Embora a integralidade tenha sido abordada com frequência a partir da formação profissional espera-se que esse tema seja objeto de maiores e mais profundas reflexões, pois as Instituições de Ensino Superior possuem papel muito importante na formação de profissionais de saúde, mais integrais e preparados para os desafios que a saúde pública enfrenta. A escassez de abordagens entre a integralidade na saúde bucal e ações intersetoriais é outro alerta para futuras publicações, pois sabe-se que políticas públicas que contemplam aspectos pertinentes além do setor saúde são importantes para a real mudança do modelo assistencial. Por fim, mas sem a intenção de esgotar as inúmeras possibilidades de abordagem entre a integralidade e a saúde

bucal, estudos podem ser conduzidos a partir de análises que avaliem o papel da gestão nesse contexto, pois é inegável a importância das instâncias decisórias de poder na definição (ou não) de políticas que ajudem a construir (ou não) a integralidade no cotidiano dos serviços de saúde bucal.

O material analisado aborda a integralidade através dos diferentes sentidos atribuídos para a integralidade (MATTOS, 2009). Posturas profissionais diferenciadas, o modo como os serviços de saúde são organizados e políticas específicas são conteúdos presentes nos diversos trabalhos selecionados. A idéia de integralidade esteve fortemente ligada aos seus dispositivos (acolhimento, vínculo, responsabilização), à formação acadêmica, ao trabalho em equipe (muito embora não tenha ficado clara a forma de relacionamento entre profissionais no processo de trabalho) e à necessidade de diferentes níveis de assistência.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J.L.M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do Terceiro Milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v.1, n.1, 2002.

ALVES FILHO, P; RIBEIRO, N.B.C. Atenção à saúde bucal no programa de saúde indígena do estado do Rio de Janeiro. In: GARCIA, D.V.G. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005.

BELLO, R.F; CASOTTI, E; SOUZA, M.C.A. Atenção básica na alta complexidade: o cuidado em saúde bucal com o paciente hospitalizado. *Revista Fluminense de Odontologia*, Niterói, v.16, n.34, p.3-6, 2010.

BEYEA, S.C; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. *AORN Journal*, v.67, n.4, p.877-880,1998.

BONFADA, D; CAVALCANTE, J.R.L.P; ARAÚJO, D.P; GUIMARÃES, J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.555-560, 2012.

BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal. A questão da integralidade. In: GARCIA, D.V.G. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005.

BRASIL. Constituição Federativa da República. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde.

Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. *Cadernos de atenção básica nº. 17* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO Jr, K.R; CAMPOS, S.E.M; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T; MASCARENHAS, M.T.M; MAUAD, N.M; FRANCO, T.B; RIBEIRO, L.C; ALVES, M.J.M. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, p.S58-S68, 2008.

CHAN, M. Return to Alma-Ata. *The Lancet* , Londres, v.372, n.9642, p.865-866, 2008.

CHAGAS, R.A; NUTO, S.A.S; ANDRADE, L.O.M. Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza (CE). *Divulgação em Saúde para o Debate*, Rio de Janeiro, n.42, p.35-50, 2008.

CHAVES, S.C.L; BARROS, S.G; CRUZ, D.N; FIGUEIREDO, A.C.L; MOURA, B.L.A; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.6, p.1005-1013, 2010.

CONTARATO, P.C. *Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, do Espírito Santo* (Dissertação). Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2011.

CORTELA, D.C. *A hanseníase e o cirurgião-dentista: a integralidade na atenção ao portador da doença* (Monografia). Cuiabá; Universidade Estadual do Mato Grosso, 2009.

COSTA, M.H.P; COSTA, M.A.B.T; PEREIRA, M.F. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v.18, n.2, p.129-139, 2007.

CUNHA, B.A.T; MARQUES, R.A.A; CASTRO, C.G.J; NARVAI, P.C. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.1033-1045,2011.

DALLEGRAVE, D; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v.13, n.28, p.213-237, 2009.

FARIAS, M.R; SAMPAIO, J.J.C. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: percepção dos profissionais. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.34, n.4, p.745-757, 2010.

FERREIRA, E.F; VARGAS, A.M.D; AMARAL, J.H.L; VASCONCELOS, M; MATTOS, F.F. O caminho da Integralidade: reflexões de professores da Faculdade de Odontologia da UFMG In: GARCIA, D.V.G. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005.

FERREIRA, E.F; VARGAS, A.M.D; AMARAL, J.H.L; VASCONCELOS, M; MATTOS, F.F. Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de odontologia da UFMG. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.

FERREIRA, R.C; VARGA, C.R.R; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, sup. 1, p.1421-1428, 2009.

FONSECA, A.L.A; AZZALIS, L.A.F; FONSECA, F.L.A; BOTAZZO, C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.20, n.2, p.208-216, 2010.

FREIRE, A.L.A.S.S. *Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local* (Tese). Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2011.

GARCIA, D.V.G. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005.

GUEDES, C.R; NOGUEIRA, M.I; CAMARGO Jr, K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para crítica ao modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.

LOCK- NECKEL, G; CARMIGNAN, F; CREPALDI, M.A. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p. 82-90, 2010.

LOPES, M.G.M. *Política Carioca Rindo à Toa e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o Brasil Sorridente*. (Tese). Rio de Janeiro; Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual de Rio de Janeiro, 2007.

MACHADO, M.F.A.S; MONTEIRO, E.M.L.M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N.F.C; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, E.M; KORNIS, G.E.M. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de

Fora. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.59-81, 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO; 2009, p. 43-68.

MIGUEL, L.C.M; RIBEIRO, K.M.A; CRUZ, G.V; LOCKS, A. Clínica Integrada da UNIVILLE: a visão do todo. *Revista da ABENO*, São Paulo, v.6, n.2, p.115-118, 2006.

MOYSÉS, S.J. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em saúde Bucal no Brasil. In: GARCIA, D.V.G. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005.

MUNKEVIZ, M.S.G. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário*. (Tese). São Paulo; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009.

MUNKEVIZ, M.S.G; PELICIONI, M.C.F. Saúde bucal na estratégia saúde da família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.20, n.3, p.791-801, 2010.

NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V.G. (org) *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005.

OLIVEIRA, A.C.B; CZERESNIA, D; PAIVA, S.M; CAMPOS, M.R; FERREIRA, EF. Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.4, p. 693-699, 2008.

PIMENTA, C.P. *Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em saúde da família* (Dissertação). Rio de Janeiro; Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005.

PINHEIRO, R; FERLA, A; SILVA JÚNIOR, A.G. Integrality in the populations health care programs. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.12, v.2, p. 343-349, 2007.

QUEIROZ, S.M.P.L; MOYSÉS, S.J; FRANÇA, B.H.S; BISINELLI, J.C; MOYSÉS, S.T. Percursos para promoção de saúde bucal: a capacitação de líderes na Pastoral da Igreja Católica no Brasil. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v.14, n.34, p.619-632, 2010.

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas- Bahía. *Rev Bahiana Saúde Pública*, Salvador, v.29, n.2, p.313-315, 2005.

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

SCHNEID, J.L; BERZOINI, L.P; FLORES, O; CORDON, JAP. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis, TO. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v.18, n.4, p. 2970306, 2007.

SILVA, A.M. *Contribuição da saúde bucal na integridade da atenção ao paciente diabético* (Dissertação). Belo Horizonte; Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

SILVA, A.M; VARGAS, A.M.D; FERREIRA, E.F; ABREU, M.H.G. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.2197-2206, 2010.

SOUZA, L.F; CHAVES S.C.L. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de porte médio na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.34, n.2, p.371-387, 2010.

STRALEN, C.J van; BELISÁRIO, S.A; STRALEN, T.B.S van; LIMA, Â.M.D; MASSOTE, A.W.; OLIVEIRA, C.L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, p.S148-S158, 2008.

TESSER, C.D; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 195-206, 2008.

WERNECK, M.A.F. Internato em Saúde Coletiva. A disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG. In: BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M.A. (orgs) *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

Nota: Esse artigo é parte de tese de doutorado realizada na Faculdade de Odontologia da UFMG.

Submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

A percepção de usuários do Sistema Único de Saúde sobre o atendimento odontológico nas unidades de atenção primária

The perception of users of the Unified Health System in regards to dental care in primary health care units

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi descrever a percepção de usuários sobre o serviço público de saúde bucal, sob o prisma da integralidade. Trata-se de estudo qualitativo no qual foi realizado grupo focal, com participação de usuários do sistema de saúde bucal do município de Belo Horizonte, MG. Para tal foi usado modelo teórico que contempla dimensões consideradas essenciais para avaliar serviços de atenção primária e dimensões capazes de avaliar a integralidade nesse nível de atenção. Na visão dos usuários as categorias mais representativas para avaliação das ações de saúde bucal na atenção primária são o acesso/acolhimento (com referências à recepção, incluindo os profissionais nesse primeiro contato, ao aspecto geográfico e ao número de profissionais envolvidos na assistência à saúde); vínculo/longitudinalidade (fortemente relacionados ao acolhimento e ao tempo de convivência); qualidade da atenção (a partir da relação humanizada estabelecida com o profissional e trabalho em equipe); coordenação/serviços ofertados (com ênfase na infra estrutura, gestão e organização dos serviços).

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação de serviços e programas; usuários

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the perception of users in regards to the public oral health service through the prism of its integrality. It is a qualitative study in which focus group was conducted with participation of users of oral health system of the city

of Belo Horizonte, MG. A theoretical model was used with categories considered essential on primary care services and that are able to assess the integrality. Users considered that the most representative categories to evaluate oral health in primary care are access / embracement; bonding/ longitudinality; quality of care; services management and offered services.

Key-words: primary health care; health evaluation; users

INTRODUÇÃO

No ano de 2008 comemorou-se o 30º aniversário da Conferência Mundial de Cuidados Primários na Saúde de Alma-Ata, momento a partir do qual a atenção primária à saúde (APS) passou a ocupar um espaço mais central nas agendas dos países. O reconhecimento da importância desse nível de atenção esteve ligado não somente ao fato de que ele representa uma forma de racionalizar os crescentes custos envolvidos, mas principalmente às possibilidades que o mesmo possui em incluir imensos contingentes populacionais que se encontravam à margem dos cuidados de saúde¹.

A preocupação é a mesma com relação aos cuidados à saúde bucal. Convive-se com o antagonismo entre um arsenal tecnológico que possibilita tratamentos extremamente sofisticados e a manutenção de inúmeros indivíduos que apresentam condição de saúde bucal muito precária. Paradoxos como esse e a necessidade de melhorar as condições de saúde bucal desses indivíduos motivaram o lançamento do Programa de Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde² que contempla entre suas propostas o fortalecimento dos sistemas mundiais de saúde bucal em direção à APS³.

Essa foi a escolha do governo brasileiro quando definiu que as ações de saúde bucal deveriam ser incluídas nesse esforço de universalização dos cuidados primários, por meio de sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF) e com base nas diretrizes e princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Buscou-se assim contribuir para a construção de qualidade de vida a partir da promoção da saúde e da visão integral sobre os indivíduos. Com base no princípio da integralidade, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência

aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença e estas devem estar articuladas e integradas em todos os níveis do sistema de saúde⁴.

No entanto, observam-se desafios no processo de consolidação da APS no contexto brasileiro, considerando todas as potencialidades propostas para esse nível, em especial a de ser estruturante do sistema de saúde⁵, uma vez que se sabe que sistemas municipais de saúde que decidiram pela adoção da ESF, conseqüentemente pelo fortalecimento da APS, podem estar na verdade reproduzindo o modelo tradicional - biomédico - com uma roupagem nova⁶.

Estando em processo de consolidação, os serviços precisam ser avaliados. É preciso conhecer o desempenho e impacto das ações na saúde da população e a percepção do usuário pode ser um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço⁷.

Pesquisas avaliativas têm buscado investigar as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial os usuários, compreendendo, sobretudo o que significa para eles qualidade dos serviços de saúde⁸. Metodologias que usam a visão do usuário são vistas como um esforço no qual são reafirmados princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização, direitos do paciente, empoderamento dos sujeitos, assumindo uma dimensão política e um fim social⁹.

A percepção dos usuários relaciona-se a vários fatores como sua própria experiência na utilização dos serviços, a experiência de outros membros da família ou da comunidade, a sua própria condição de saúde, sua visão sobre como deveria ser o atendimento prestado pelos profissionais da área, ou mesmo uma opinião geral a partir daquilo que é divulgado nos meios de comunicação¹⁰. Mesmo que a percepção sobre um serviço seja um julgamento pessoal, é importante que o profissional da saúde ou gestor conheça as expectativas dos usuários para buscar melhorias de desempenho¹¹.

Conhecer categorias subjetivas de avaliação de serviços, a partir da percepção dos usuários, é um dos passos para se estabelecer uma avaliação adequada. A identificação de categorias importantes para determinado grupo, visando a avaliação de serviços de

saúde, é importante, pois essas categorias permitirão uma avaliação mais consistente, principalmente se usada como um complemento às metodologias tradicionais, quantitativas, tradicionalmente mais usadas no contexto brasileiro¹². Desse modo, o presente estudo objetivou identificar algumas dessas categorias, por meio da percepção de usuários sobre a qualidade de um serviço público de saúde bucal. Esse processo de definição das categorias faz parte de uma tese de doutorado, voltada para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários.

METODOLOGIA

Ao se trabalhar com percepção, optou-se pela metodologia qualitativa. O grupo focal foi a estratégia de coleta de dados escolhida por permitir, por meio de uma interação explícita entre os participantes, sob a condução e facilitação do pesquisador, explorar as visões e experiências das pessoas sobre diferentes aspectos do cotidiano. Pode-se conhecer o que as pessoas pensam e porque pensam sobre determinado tema, como os serviços de saúde¹³.

Os sujeitos da pesquisa foram usuários do sistema público de saúde bucal de Belo Horizonte- MG, município de grande porte com tradição no desenvolvimento do seu sistema municipal de saúde no âmbito da APS. Foram convidados a participar adultos de ambos os gêneros, que tivessem uma experiência mínima de dois anos de tratamento com o atendimento odontológico na APS, originários de diferentes distritos sanitários da cidade.

A coleta de dados se deu em uma sala especialmente cedida pela Instituição de Ensino sede da pesquisa, proporcionando a adequação necessária (conforto, silêncio, tranquilidade) para a realização do grupo focal. Os gastos para locomoção dos usuários a esse local foram assumidos pelos pesquisadores.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, orientados quanto à sua participação no grupo, como se evitar a sobreposição de falas ou falar sempre em direção ao gravador (no centro do círculo). Participaram seis sujeitos^{13,14}, sendo que todos permaneceram até a conclusão do grupo.

O roteiro para o grupo focal foi elaborado a partir de um modelo teórico composto por dimensões utilizadas para a avaliação da atenção primária (acesso, longitudinalidade, coordenação dos serviços e integralidade)¹⁵ e dimensões de avaliação da integralidade (acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde)¹⁶.

Após a primeira conversa com objetivo de esclarecimentos e de descontração do grupo foi feita a pergunta motivadora: “Como é a chegada, a entrada de vocês no serviço de odontologia do centro de saúde? Como são recebidos?” A seguir o roteiro foi sendo explorado aproveitando-se da conversa estabelecida.

Considerou-se que a discussão havia se encerrado quando todos os tópicos definidos no roteiro haviam sido colocados para os participantes. O gravador somente foi desligado após todos terem se retirado do local, permitindo que fossem ainda registradas observações, após o término formal do grupo.

O conteúdo obtido foi transcrito pelo mesmo pesquisador que conduziu o grupo focal. Os dados foram analisados a partir de análise de conteúdo. Inicialmente foi feita leitura flutuante, exaustiva e repetida dos textos. Posteriormente buscou-se apreender as categorias relatadas¹⁷. Esse processo objetivou verificar a pertinência das dimensões, já definidas no roteiro, junto aos usuários, bem como verificar se novas categorias poderiam emergir, a partir dos debates ocorridos no grupo focal. Todo esse processo foi realizado por dois pesquisadores, simultânea e independentemente e após discussão entre os pesquisadores as categorias foram consensadas.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte através do parecer 0059.0.410.203-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade do grupo focal foi caracterizada pela dinâmica intensa e espontânea entre os participantes. Apesar da duração de 120 minutos esse foi um tempo natural, sem fadiga ou desatenção dos participantes. Embora seja normal alguns se posicionarem mais do que os outros, nesse grupo todos se manifestaram interessadamente. Na apresentação

das falas os participantes são identificados por letra (U) e número como forma de garantia do sigilo.

As falas foram agrupadas em quatro categorias, assim denominadas: **acesso/acolhimento** (com referências à recepção, incluindo os profissionais nesse primeiro contato, ao aspecto geográfico e ao número de profissionais envolvidos na assistência à saúde); **vínculo/longitudinalidade** (fortemente relacionados ao acolhimento e ao tempo de convivência); **qualidade da atenção** (a partir da relação humanizada estabelecida com o profissional e trabalho em equipe) e; **coordenação/serviços ofertados** (com ênfase na infra estrutura, gestão e organização dos serviços).

Acesso/acolhimento

A partir da pergunta motivadora, “*Como é a chegada, a entrada de vocês no serviço de odontologia do centro de saúde? Como são recebidos?*” os participantes relataram as dificuldades para se conseguir acesso ao tratamento odontológico na APS. Apesar da melhora possibilitada pela inserção da odontologia nesse nível de atenção¹⁸, ainda existem problemas.

“...nossa maior dificuldade é o número de profissionais para a necessidade da população”. ... o horário devia ser maior porque tem gente que trabalha o dia inteiro, só tem de noite prá procurar (U2)”

“...quando você vai criar um bairro, tem que pensar a escola, o centro de saúde ...porque aí fica bom prá todo mundo. ...o posto tinha de ser próximo de todo mundo, é difícil mas tinha de ser. (U4)”

Observa-se nos relatos dos pesquisados que existe uma insatisfação em relação ao aspecto funcional do acesso por não haver uma oferta de serviços adequada às necessidades da população. Os usuários falam em poucos profissionais e poucos locais, além de destacar o acesso geográfico facilitado como questão de planejamento urbano.

Embora existam questões éticas que definem a saúde como um bem que deve ser acessível a todo ser humano, para os usuários o acesso significa ter vagas disponíveis,

em locais próximos às moradias, não sendo consideradas outras categorias relacionadas ao acesso como condições de vida, fatores econômicos e culturais. Paralelamente à saúde como direito, a crescente dificuldade no custeio individual de tratamentos odontológicos nos planos de saúde ou em clínicas privadas e o número cada vez maior de pacientes idosos que necessitam de reabilitação protética estão entre as razões que podem justificar a necessidade manifesta de ampliação ao acesso na APS. No entanto, apesar das razões anteriormente apontadas, bem como pelo fato de a APS ser considerada a porta de acesso prioritária para o sistema de saúde, paradoxalmente confirma-se que a principal barreira de acesso pode se situar na própria APS¹⁹.

Por outro lado, a questão do recurso humano não se limita a um fator numérico, uma vez que as características e posturas dos profissionais envolvidos são determinantes no maior acesso (ou não) da população²⁰. Essa situação foi destacada ao comentarem sobre a recepção na unidade de saúde. Teoricamente a organização da recepção nos serviços, momento denominado acolhimento, inclui entre suas finalidades, facilitar o acesso dos usuários²¹. Apesar de organizada, parece ser um entrave para quem procura o tratamento, observada na atuação dos funcionários envolvidos e dos horários estabelecidos.

“Bom, é muito complicado passar pelo “posso ajudar” [primeiro contato na recepção], pelo agente de saúde, pelo porteiro. Mas uma vez que você consegue chegar lá na secretária do dentista e lá no dentista, aí o tratamento é como se fosse um tratamento particular, total atenção (U1)”

“O porteiro já tem de lidar com um “tantão” de coisas, um “tantão” de áreas do centro de saúde,se tivesse uma entrada para a odonto, já facilitava. ... (U3)”

“Muitas vezes o profissional acha que passou o horário de acolhimento mas acolhimento tem horário? E se eu saí do serviço, tava passando mal lá, resisti o máximo que eu pude, não vai ter acolhimento?, não dá. ...a questão do vínculo fica prejudicada também...(U4)”

No caso do estudo em específico, a necessidade de organização do serviço, em face da demanda intensa dos usuários, criou uma barreira entre os mesmos e os profissionais da

saúde. Os participantes percebem o que é se sentir acolhido e apontam na própria organização do serviço um impedimento para que isso ocorra. Reconhecem que o “acolhimento” não está sendo momento de acolhimento.

“acolhimento é receber a pessoa, ouvir a pessoa, olhar prá ela, mesmo que eu tivesse de voltar prá casa eu teria sido tratada com respeito e eu quero isso de todos os profissionais, da faxineira, do porteiro... eu acho que por conta da demanda eles colocam o acolhimento com horário, mas acolhimento não é isso... (U4)”

“..no acolhimento não deixarem você conversar com nenhum profissional, nem ao menos fazer uma pergunta prá tirar uma dúvida (U1)”

Da mesma maneira que a recepção foi percebida como entrave ao acolhimento, a organização dos serviços foi apontada como facilitador, no que diz respeito à divisão da população adscrita, por equipes, sob a responsabilidade de diferentes profissionais da saúde e com diferentes dias de atendimento na unidade básica. Além disso, as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde foram destacadas com possibilidades de organizar e qualificar o serviço, com impacto positivo para o acolhimento.

“deu muito certo [divisão da população adscrita] pelo seguinte: antes chegava todo mundo no posto querendo tirar dúvida, querendo consultar, querendo exame, tudo ao mesmo tempo, aí dividiu (...) tem dia certo, médico certo, enfermeira certa, então foi bom, organizou o serviço (U1)”

“agente de saúde organizou muito o serviço... questão de resultado de exame, marcação de consulta, foi muito bom (U2)”

“tem uma outra coisa que eu acho muito importante é o trabalho daquelas meninas que vão na casa da gente, é uma das coisas muito importantes que a prefeitura criou, a moça que vai na casa... (U3)”

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são identificados pelos usuários como profissionais que desempenham o papel de mediadores entre a comunidade e a unidade de saúde. São valorizados pelo fácil trânsito que dispõem no sistema formal de atenção

à saúde, o que torna menos árduo o processo de acesso ao cuidado, especialmente em cidades de grande porte, facilitando o acesso ao serviço de APS²². Percebem esse profissional como importante na solução de questões, como o acesso aos serviços, integrando as dimensões de exclusão e cidadania²³.

Em relação ao **acesso/acolhimento** enquanto categoria para avaliação da saúde bucal na atenção primária, pode-se afirmar que foi bem compreendido pelos usuários. O acesso foi percebido a partir da questão geográfica, do número de profissionais disponíveis na assistência à saúde e da disponibilidade de locais de atendimento. O acolhimento foi fortemente apontado a partir da recepção e dos profissionais envolvidos nesse primeiro contato e do trabalho desempenhado pelos ACS.

Vínculo/ longitudinalidade

Pode haver maior estabelecimento de vínculo quando há acolhimento ao usuário e às suas demandas e necessidades. Esta relação foi percebida e relatada pelos usuários.

“Por que quando eu chego a ser acolhida pela suposta enfermeira da minha equipe, eu já estou toda estressada [devido à demora no atendimento], já perdeu-se o vínculo, a demanda é grande, ela vai me jogar ainda mais prá frente, eu vou criar vínculo com ela? Não. (U1)”

“...eu entendo também porque eles atendem muito, é muita gente aí que prejudica o acolhimento e o vínculo...a doutora com quem eu trato chama a gente pelo nome, conhece meu marido, conhece meu filho mas quanto tempo ela gastou pra conseguir isso? É aí que tem vínculo, mas poderia ser maior se tivesse um tempo mais profissional... (U4)”

Os relatos encontrados corroboram a relação existente entre o acolhimento e o vínculo, na qual o primeiro atua como um facilitador para que o segundo se manifeste em sua totalidade²⁴. No entanto, reconhecem que o tempo de convivência, apesar de ter sua base fundamental no acesso/acolhimento, é fator indispensável na longitudinalidade o que pode, conseqüentemente, interferir na satisfação dos usuários e na resolutividade da atenção²⁵.

O vínculo criado não se limita aos diferentes momentos clínicos, se expande para diversas situações do cotidiano dos participantes e não é limitado à figura do cirurgião-dentista, sendo uma categoria que surge da relação humanizada que se processou com esse profissional. O vínculo permite que a integralidade seja mais facilmente alcançada e também contribui para que a longitudinalidade se concretize a partir de três elementos imprescindíveis: vínculo terapêutico duradouro entre usuários e profissionais, existência e reconhecimento de uma fonte regular de cuidados primários e adequada continuidade informacional²⁶.

“também é muito bom a gente voltar lá (...) aquele profissional que tá lá já conhece sua boca de canto a canto, já sabe tudo que foi feito no seu dente, não precisa começar aquela história toda de novo... é importante a gente voltar pro mesmo dentista e pro mesmo posto... (U1)”

“porque ele [o dentista] criou um vínculo com a comunidade então assim lá no posto a gente vê que os profissionais, alguns, conhecem alguns de nome mesmo, sabem aonde a gente mora, “ a dona Maria, mãe do menino fulano”, então assim, ele já criou aquele vínculo (U2)”

“no meu caso eles tiveram interesse, eles mandaram prá Carijós [Centro de Especialidades Odontológicas] , voltei, continuaram meu tratamento, tiveram interesse comigo (U5)”

O vínculo deve ser uma ferramenta integrante do serviço, principalmente a partir da atividade da equipe multiprofissional, na medida em que a população deve acreditar na capacidade da equipe em resolver seus problemas de saúde e a equipe deve acolher essas demandas²⁷. O vínculo contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, diminuição dos custos da atenção e maior satisfação do paciente²⁸.

Pode-se afirmar que, em síntese, há uma relação direta, a partir do acesso, entre o acolhimento, vínculo e longitudinalidade, cujo resultado final é o cuidado, obtido quando os profissionais de saúde sentem e vivenciam a realidade dos usuários. Potencializados pela atuação multiprofissional os trabalhadores devem conciliar trabalho e cuidado, que não são categorias que se opõem, mas se complementam²⁹.

Para os participantes, o estabelecimento de vínculo e longitudinalidade é algo que ocorre apenas no atendimento no nível primário, demonstrando que percebem diferenças marcantes nesse atributo quando são atendidos na unidade básica ou na clínica de especialidades.

“para a especialidade que nós fomos encaminhados eles não querem saber se eu sou Maria ou José, estão preocupados somente em fazer o serviço deles (U1)”

“se precisou de um canal, de uma peça, vai pra Carijós [Centro de Especialidade Odontológica], (...), pronto, ali você não tem mais vínculo nenhum com aquele dentista que te atendeu lá (U6)”

A possibilidade de comparação entre o atendimento no nível primário e secundário contribuiu para o entendimento do vínculo/longitudinalidade. De fato, sabe-se que o tempo necessário de execução de alguns dos procedimentos executados na clínica de especialidades é de poucas sessões, o que pode justificar a ausência de vínculo relatada pelos usuários.

A própria organização do serviço exacerba esse quadro, onde muitas vezes o profissional da atenção secundária é colocado como cumpridor de tarefas que recebe um paciente, faz o que foi solicitado e reencaminha o usuário para a unidade de origem, não permanecendo no local nem mesmo a documentação do paciente. Tudo contribui para o distanciamento percebido pelos usuários. Além disso, os profissionais lotados na atenção pública especializada têm na grande maioria dupla militância. Embora essa atuação dupla não seja conflitante, os obriga a lidar diariamente com a lógica dominante do campo privado odontológico, diferente da lógica dos serviços, e os torna muitas vezes não ajustados ao campo da saúde pública³⁰.

É possível afirmar que os usuários conseguem perceber a importância da criação de **vínculo** e sua relação com o acolhimento, que deve acontecer previamente. A **longitudinalidade** foi percebida a partir do relacionamento existente entre vínculo/acolhimento e da relação duradoura entre profissional e paciente, algumas vezes relacionada exclusivamente ao nível primário de atenção. Esses itens foram apontados como fundamentais na produção do cuidado.

Qualidade da atenção

A qualidade da atenção foi consistentemente relacionada à relação humanizada e comprometida que ocorre entre usuários e profissionais. A relação humanizada entre cirurgiões dentistas e usuários foi novamente apontada como capaz de superar dificuldades estruturais tão comuns no cotidiano de inúmeras unidades básicas: desde a falta de equipamentos e insumos até a impossibilidade de resolução de determinada situação clínica.

“as condições do dentista lá é básico, mas o atendimento que ele faz prá qualquer ser humano que entra lá são as melhores possíveis (...) ele não faz mais porque ele não tem condições, mas o atendimento dele para com o usuário é o melhor possível (U3)”

“...eu acho que o que ficou claro é que o ser humano, a pessoa humana faz a diferença, mesmo com salário baixo, falta de material, condições de trabalho, o trabalho humano do profissional é muito importante, é tudo (U1)”

“...havia uma má vontade... não sei o que acontecia, sei lá...graças à Deus ele foi embora...ele não atendia a pessoa dentro do normal...entendeu? (U2)”

Uma relação pautada pelo respeito e por aspectos humanísticos pode, de fato, ser capaz de superar diversas dificuldades que as unidades de APS podem enfrentar em seu cotidiano, ajudar a qualificar a assistência recebida, a qualidade da atenção e contribuir para um processo de reorientação na produção do cuidado^{28,31}.

Não que se queira colocar a qualidade sob a responsabilidade exclusiva do profissional. Os usuários reconhecem o limite de cada face dessa dimensão. Mas um profissional com capacidade humanizadora pode, por meio de atitudes, controlar conflitos, que fatalmente não trarão benefícios na construção do serviço que se deseja.

O trabalho em equipe foi outra categoria percebida pelos usuários como item de qualidade no atendimento. As falas indicam a percepção de que, se houver integração entre profissionais, existe ganho e a prática profissional baseada no trabalho em equipe foi valorizada.

“...assim, quando um [profissional] tem contato com o outro [profissional] e aí consegue ver a coisa mais ampla, a saúde mais completa...eu acho que o certo seria ter reuniões mais amplas, mais diárias... (U4)”

“E esse fato de ajudar [trabalho em equipe] é muito importante porque às vezes nas próprias conversas entre eles [profissionais] há uma troca de informações de pacientes, de usuários... eu já presenciei isso. O dentista também faz esse papel, eles sabem um pequeno apanhado da nossa vida, do nosso dia-a-dia sabem um pouco da nossa história (U6)”

O trabalho em equipe é algo que, na visão dos usuários, deve acontecer no cotidiano dos serviços e que pode qualificar a assistência e o relacionamento entre a equipe e a família. Deve ser norteado por um projeto assistencial comum e todos os envolvidos devem desenvolver uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo³². Esse estudo vem a confirmar o entendimento de que os conhecimentos específicos de cada área podem e devem ser utilizados em conjunto para a compreensão de determinadas situações que envolvem a saúde dos usuários³³.

Para essa categoria é possível concluir que a qualidade da atenção foi fundamentada na relação humanizada entre profissional e paciente e no trabalho em equipe. Itens como infra estrutura e manutenção de insumos precários podem, por vezes, serem desconsiderados em críticas, desde que tenha se estabelecida a confiança entre profissional e usuário. O trabalho em equipe, dimensão que embora estivesse ausente do roteiro, apareceu como categoria importante, representando um fator de qualidade.

Coordenação/oferta dos serviços

A estrutura física das unidades básicas e a disponibilidade de equipamentos, insumos e recursos humanos para a assistência da comunidade foram aspectos apontados pelos usuários como importantes no dia a dia dos serviços de saúde.

“eu vejo o seguinte: ... e se não fosse tão burocrático, que não faltasse tanto material (U4)”

“eu continuo achando que o que mais falta é profissional pra estar fazendo o trabalho (U2)”

“realmente falta mesmo profissional, lá são dois de odonto na parte da manhã e na parte da tarde não tem nenhum odonto e são três cadeiras (U1)”

Existe o reconhecimento que deficiências nesses aspectos comprometem o atendimento dos usuários. A disponibilidade de recursos humanos para o trabalho nas unidades básicas é, de fato, considerada importante, pois se relaciona às possibilidades (ou não) que determinada unidade de APS tenha de prover os serviços de que necessita a comunidade¹⁸.

Foi marcante a presença do que denominaram “sistema”. Para os usuários “sistema” representa uma série de fatores, especialmente relacionados às políticas públicas e à gestão, que dificultam ou impedem que o atendimento à saúde da população seja ofertado na medida das suas necessidades. É o poder público, o que está externo ao cotidiano das unidades, mas que segundo a percepção dos usuários, dita regras, comanda. Importante que seja salientado que essa categoria “sistema” foi abordada diversas vezes entre os participantes, gerando debates que revelaram um sentimento de repúdio às práticas políticas que não estão comprometidas com o bem estar da população.

“não, é todo mundo, ele sozinho [o dentista] não vai fazer nada, o sistema não vai permitir que ele faça nada sozinho (...) eu acho um descaso muito grande [problemas estruturais] e acho que é culpa nossa e dos políticos, nossa porque a gente vota neles.. (U1)”

“O sistema é que não permite certas coisas (...) isso é muito triste gente, isso é o sistema que dificulta todo esse transcorrer nosso daqui prá lá e depois eles vem e oferecem uma dentadura prá nós; porque não ofereceu um tratamento digno lá atrás? (U3)”

” a gente é valorizado por eles [trabalhadores da saúde] , não pelo sistema... (U4)”

O aperfeiçoamento da política de saúde brasileira passa necessariamente pela vitória sobre o desencantamento ou descrédito que paira sobre o SUS e que possa transformar em realidade uma política tão generosa. Seu desempenho concreto, ou seja, sua capacidade de impactar positivamente na vida das pessoas em termos de melhorias sanitárias e de saúde depende fortemente da superação de mazelas historicamente presentes em nossa sociedade, como a politicagem, a falta de gestão eficiente e efetiva, com vistas à atenção à saúde universal e integral³⁴.

Alguns usuários possuem consciência de seu potencial cidadão e sabem a força que sua cidadania possui na definição de diversos aspectos da gestão dos serviços.

“aí é a questão do conselho municipal de saúde. Os usuários, os profissionais de saúde se mobilizarem prá cobrar melhorias (U2)”

“lá no nosso bairro lá é o seguinte: o profissional que é mais humano fica, o que não é humano não fica não (U3)”

Essa visão cidadã que os participantes apresentaram pode contribuir efetivamente para o controle social e para práticas integrais, na medida em que o gestor seja mobilizado em relação às suas atribuições de prestar um atendimento digno e de qualidade. Irá favorecer a construção de uma sociedade mais consciente de seus direitos e responsabilidades e contribuir para a mudança do perfil sanitário da população^{23, 31}.

Quanto à oferta de serviços, os usuários apontaram a APS como um lugar onde são realizados procedimentos clínicos básicos, incapazes de responder à totalidade das demandas que apresentam.

“no posto de saúde, é básico mesmo, é o básico dos básicos (U3)”

“porque na básica você fez o básico, eu sonho com a ortodontia, eu quero fazer um canal, tô com um buraco aqui no meu sorriso, eu quero resolver o problema ...(U6)”

Embora insatisfeitos com “o pacote mínimo”, desconectado da necessidade epidemiológica, oferecido nos serviços odontológicos nas unidades de APS, os usuários

têm conhecimento da organização em rede nos serviços de saúde e percebem o funcionamento.

“não tem [comunicação entre os níveis] ...ó, tô te mandando e você me dá um retorno depois, (U4)”

“tem sim [comunicação entre os níveis], porque eu fiz 2 canais na Carijós [Centro de Especialidades Odontológicas] e o meu dentista me mandou, mandou com todos os raio x e um relatório e quando terminou lá o dentista de lá mandou com outro relatório e outros raio x (U1)”

“precisa de encaminhamento prá fazer tratamento especializado e depois voltar direito pro posto, pro dentista que atende a gente porque ele acompanha a gente e evita que com o tempo a gente vai perdendo o dente todo (U5)”

Para alguns usuários esse fluxo é adequado, havendo comunicação entre o nível primário e o secundário. No entanto outros usuários relatam que os fluxos não são caracterizados por tais informações, consideradas importantes para serviços de APS. Um importante benefício da existência de fluxos adequados entre serviços básicos e especializados está na manutenção do vínculo entre os usuários e o profissional de origem, considerado uma referência para o indivíduo ou família em unidades primárias³⁵.

Com relação à coordenação/oferta de serviços (gestão e políticas públicas), a oferta de serviços e a satisfação dos usuários quanto à política de atendimento foram dimensões percebidas e avaliadas pelos usuários, sendo o “sistema” uma categoria que não estava estabelecida nas dimensões do roteiro. Eles percebem o poder que podem exercer, explicitando sua responsabilidade na qualidade do serviço que lhe é ofertado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo observou-se que são dimensões fundamentais para os usuários, na avaliação de um serviço de saúde bucal: acesso/acolhimento, vínculo/longitudinalidade,

qualidade da atenção muito centrada no profissional e equipe e coordenação/oferta dos serviços.

A construção de um sistema público de saúde universal e que busca responder às demandas da população em bases integrais é tarefa que exige tempo e dedicação de todos os envolvidos. A presença dos usuários nesse esforço é imprescindível, tanto quanto são a dos demais atores envolvidos, profissionais e gestores. As atitudes apresentadas pelos participantes demonstrando a evolução de uma cultura cidadã, de crítica às estruturas políticas e à gestão inadequada, contribuirão muito para o aperfeiçoamento do sistema.

A avaliação das ações de saúde bucal a partir dos usuários revelou conhecidos problemas e desafios relacionados ao serviço público de saúde brasileiro. No entanto, pode-se afirmar que o contato profissional, sendo pautado por referenciais humanísticos, é capaz de superar dificuldades e desafios existentes para o acesso, o acolhimento, o vínculo e a qualidade da atenção e permitir que práticas amistosas à integralidade se manifestem.

O conhecimento das percepções dos usuários poderá possibilitar a elaboração de uma caracterização do serviço prestado e subsidiar a construção de um instrumento de avaliação da saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários. A avaliação permitirá que as organizações conheçam o seu desempenho e organizem seus serviços não somente para a demanda, mas de acordo com as necessidades apontadas pelos usuários, verdadeiras razões para a existência dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet* 2008;372(9642):856-866.
2. World Health Organization. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization, 2002.

3. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 1–8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de atenção básica n.º. 17. Brasília, 2006.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007;21(2): 164-176.
6. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2006;20(6):416-422.
7. Esperidião M, Trad L. Avaliação de satisfação dos usuários. *Ciênc Saúde Colet* 2005;10(supl):303-312.
8. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):150-3.
9. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2005;10(3):599-613.
10. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. SIPS - Sistema de Indicadores de Percepção Social - Saúde. Brasília, 2011.
11. Fadel MAV, Filho GIR. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev Admin Pública* 2009;43(1):07-22.
12. Ribeiro, JM; Siqueira, SAV; Pinto, LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) No PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Colet* 2010;15(2):517-527.

13. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *Brit Med Journal* 1995; 311 : 299.
14. Kruger RA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Newbury Park, Sage, 1988.
15. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50:161.
16. Silva Júnior AG, Alves MGM, Mascarenhas MTM, Silva VNM, Carvalho LC. Experiências de avaliação no setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciênc Saúde Colet* 2008;13(9):1485-1500.
17. Bardin L. *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2007, 223p.
18. Brasil. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, 2000.
19. Chaves, SCL; Soares, FF; Rossi, TRA; Cangussu. MCT; Figueiredo, ACL; CRUZ, DN; Cury, PR. Características do acesso aos serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17(11): 3115-3124.
20. Tesser, CD; Neto, PP; Campos, GWS. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para equips de saude da família. *Ciênc Saúde Colet* 2010;15(supl 3): 3615-3624.
21. Coelho, MO; Jorge, MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet* 2009;14 (supl 1):1523-1531.
22. Silva, JÁ, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: desafios para os processos de formação em recursos humanos em saúde. *Interface* 2002;6(10):75-96.

23. Oliveira, LS; Almeida, LGN; Oliveira, MAS; Gil, GB; Cunha, ABO; Medina, MG; Pereira, RAG. Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc Saúde Colet* 2012;17(11):3047-3056.
24. Schimitt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004;20(6):1487-1494.
25. Oliveira, LS; Almeida, LGN; Oliveira, MAS; Gil, GB; Cunha, ABO; Medina, MG; Pereira, RAG. Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc Saúde Colet* 2012;17(11):3047-3056.
26. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* 2011;16(supl.1):1029-1042.
27. Campos, GWS. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Colet* 2007a;12(4):849-859.
28. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO Brasil, Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
29. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc Saúde Colet* 2008;13(1):71-82.
30. Chaves SCL, Cruz DM, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011, 27(1):143-154.
31. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Publica* 2010;12(3):402-413.

32. Araújo, MBS; Rocha, PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. Ciênc Saúde Colet 2007;12(2):455-464.
33. Grunbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA 2004;291(10):1246-1251.
34. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc Saúde Colet 2007b;12(2):301-306.
35. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improves patient outcomes? J Fam Pract 2004;53(12).

Construção e validação de um instrumento para avaliação da saúde bucal na atenção primária -ASBAP-usuário**Construction and validation of a tool for the assessment of the oral health in primary health care through the perspective of users - ASBAP-usuário****Resumo**

Passados mais de dez anos da inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família é importante avaliar suas ações, seu processo e seus resultados. A visão do usuário como protagonista nesse processo avaliativo é essencial. No entanto, observa-se uma escassez de questionários voltados para a avaliação da saúde bucal na atenção primária a partir da visão do usuário. O objetivo desse trabalho foi construir e validar um questionário que preenchesse essa lacuna. Inicialmente foi definido um modelo teórico, baseado nas propostas de Starfield (2002) e Silva Jr. e Mascarenhas (2008). Esse permitiu que um roteiro fosse elaborado e usado em um grupo focal, realizado em um grupo de usuários, voltado para verificar suas percepções sobre o modelo teórico. Uma primeira versão do questionário, contemplando a totalidade das categorias expressas pelos usuários, possuía 43 questões, avaliadas através de uma escala Likert com 4 opções de resposta. Foi feita validação de conteúdo através de comitê de experts (5 participantes) e validação de face, através de dois pré testes (37 usuários cada pré teste). Para validação de construto foi feita análise fatorial e verificou-se a confiabilidade pelo alfa de Cronbach e pelo coeficiente de Kappa. A versão validada apresenta 20 questões divididas em 5 dimensões. O questionário possibilita uma estratégia de avaliação de fácil realização dos serviços de saúde bucal na atenção primária, a partir da visão dos usuários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação de serviços; usuários; estudos de validação

Abstract

It is important to evaluate actions, process and results of the Oral Health Team in the Family Health Strategy. The user's view as a protagonist in this evaluation process is essential. However, there is a scarcity of questionnaires aimed at the assessment of oral health in primary care from the perspective of the user. The aim of this study was to develop and validate a questionnaire to fill this gap. Initially it was defined a theoretical model, based on the proposals of Starfield (2002) and Silva Jr. e Mascarenhas (2008). This allowed the development and use of a script in a focus group, conducted in a group

of users, aimed to verify their perceptions about the theoretical model. A first version of the questionnaire, covering all the categories expressed by users, had 43 questions, through a Likert scale with four response options. Content validation was done by an expert committee (5 participants) and face validity through two pre tests (37 users each pretest). To construct validation factor analysis was performed and the reliability was verified by Cronbach's alpha and the Kappa coefficient. The validated version has 20 questions divided into 5 dimensions. The questionnaire allows an easy evaluation strategy of oral health services in primary care, from the perspective of users.

Key words: primary health care; health services evaluation; users; validations studies

Introdução

A avaliação de sistemas e programas tem ocupado um espaço cada vez maior no processo de consolidação dos serviços na área da saúde. Avaliações são vistas como parte importante de um esforço de redirecionamento das práticas profissionais e institucionais. Podem produzir dados necessários para a prestação de contas à sociedade sobre a utilização dos recursos empenhados, bem como sobre o andamento dos programas atualmente em vigência, capacitando a gestão com ferramentas adequadas nos diversos processos decisórios (FELISBERTO, 2006).

Observa-se no contexto brasileiro e internacional um volume considerável de trabalhos que tiveram por objetivo a avaliação da atenção primária à saúde (APS) (CAMARGO Jr *et al*, 2008; SOUZA *et al*, 2008; FACCHINI *et al*, 2008; van STRALEN *et al*, 2008; SCHOEN *et al*, 2009; NICHOLSON *et al*, 2012; HOGG e DYKE, 2011; DORAN e ROLAND, 2010). A Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia governamental brasileira para a APS e as ações de saúde bucal foram incorporadas à ESF em 2000 (BRASIL, 2000), buscando qualificar a APS e contribuir para a integralidade.

Passados mais de dez anos da inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF é importante avaliar suas ações, seu processo e seus resultados. A visão do usuário como protagonista nesse processo avaliativo é essencial, assim como dos demais atores envolvidos (SOUZA *et al*, 2008).

Essa visão dos usuários nas avaliações em saúde é considerada muito importante por ser uma avaliação pessoal dos cuidados e serviços de saúde que são dispensados, representando um julgamento sobre as características e qualidade dos serviços ofertados. Os dados obtidos podem funcionar como medida de otimização das ações, propiciando aperfeiçoamento para o cotidiano das práticas e da gestão dos serviços de saúde (WARE *et al*, 1983; FAVARO e FERRIS, 1991). Além disso, a visão do usuário é vista como um esforço no qual os direitos individuais e de cidadania são reafirmados, contribuindo para o empoderamento e tendo uma dimensão política e social (KLEBA e WENDHAUSEN, 2010). A avaliação feita por usuários deve ser usada como um complemento necessário às feitas por gestores e profissionais da saúde (BLENDON *et al*, 2001).

Uma forma possível de avaliar determinado serviço de saúde consiste na coleta direta de informações junto aos respondentes por meio de questionários (VAITSMAN e ANDRADE, 2005), sendo essa a principal forma de avaliação de serviços de APS no Brasil, muito embora os usuários, enquanto atores envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde, não se configurem ainda como os principais sujeitos no processo avaliativo (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Existem questionários capazes de avaliar o desempenho de serviços de APS a partir da ótica de usuários, destacando-se o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* (SHI *et al*, 2001), já validado para o Brasil (ALMEIDA e MACINKO, 2006). É considerado um instrumento capaz de avaliar a APS no contexto nacional (BRASIL, 2010) a partir de dimensões consideradas essenciais nesse nível de atenção (STARFIELD, 2002). Contudo, esse instrumento não avalia satisfatoriamente a saúde bucal em específico, possuindo apenas duas questões que abordam diretamente a área. Para Starfield (2002), serviços de APS devem proporcionar a acessibilidade aos usuários, sendo uma porta de entrada de fácil acesso, ou seja, sem barreiras financeiras e/ou estruturais; devem proporcionar vínculo, significando a existência e reconhecimento de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. A atenção deve ser coordenada, o que significa a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, facilitando a referência a demais níveis do sistema de saúde, possibilitando a integralidade, última dimensão essencial, que representa o reconhecimento da variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do usuário.

Outro instrumento para avaliação da APS, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) foi lançada pelo Ministério da Saúde brasileiro, como um instrumento de gestão interna, objetivando melhoria contínua da qualidade da atenção em saúde. Tendo como meta final a obtenção de melhores resultados nas condições de saúde da população assistida pela ESF, leva em consideração a visão do gestor municipal da saúde e das unidades, coordenadores, equipes e profissionais de saúde da família, inexistindo versões que proporcionem a avaliação a partir de usuários (POTON *et al.*, 2011). Observa-se ainda que, como os outros instrumentos atualmente existentes, voltados para a avaliação da APS, a AMQ não inclui categorias específicas da área de saúde bucal.

Incorporar a integralidade enquanto atributo avaliador de políticas ou sistemas de saúde está de acordo com posturas avaliadoras renovadas, preocupadas com a democratização dos processos, interessadas em escutar diferentes pontos de vista e nos resultados, mas também com os aspectos subjetivos e simbólicos dos sujeitos (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2011). O termo avaliação em saúde, a exemplo do que ocorre com a integralidade, é caracterizado por ser polissêmico. Diferentes aspectos envolvidos na avaliação dos serviços e sistemas de saúde também estão envolvidos na avaliação da integralidade: a multifatorialidade de saúde e doença, a diferença entre dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade e, principalmente, o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos. Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade é um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, especialmente naqueles direcionados para uma política de cuidados primários (CONILL, 2004).

Face ao exposto, o objetivo desse trabalho é descrever o processo de construção e validação de um questionário para a avaliação das ações de saúde bucal na APS a partir da ótica dos usuários, incorporando a integralidade como parte do referencial teórico. Espera-se assim preencher uma lacuna atualmente existente em relação a questionários para avaliação da saúde bucal na APS no contexto brasileiro (LIMA *et al.*, 2010) e contribuir para o aperfeiçoamento dessa modalidade de provisão de cuidados na saúde no âmbito público.

Metodologia

1 Construção do questionário: Na construção do questionário, nominado como ASBAP-usuário (Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Primária - usuário), levou-se em consideração: um modelo teórico capaz de avaliar a saúde bucal na APS, obtido a partir das propostas formuladas por Starfield (2002) e por Silva Jr. *et al* (2008) e os resultados obtidos em um grupo focal, para verificação do referencial teórico proposto junto à usuários.

1.1 Definição do modelo teórico

Para a definição do modelo teórico do questionário de avaliação da saúde bucal na APS levou-se em consideração, inicialmente, os atributos essenciais para esse nível de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). A essa primeira abordagem de avaliação da APS, foi acrescida a proposta feita por Silva Jr. *et al* (2008), com inclusão da integralidade. Dessa maneira, foi possível elaborar um modelo teórico, resultado da combinação de atributos considerados essenciais e voltados para a avaliação da APS (acesso, longitudinalidade, coordenação dos serviços, integralidade) e categorias de avaliação da integralidade (acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde). Uma representação desse modelo teórico encontra-se exposta na figura 1.

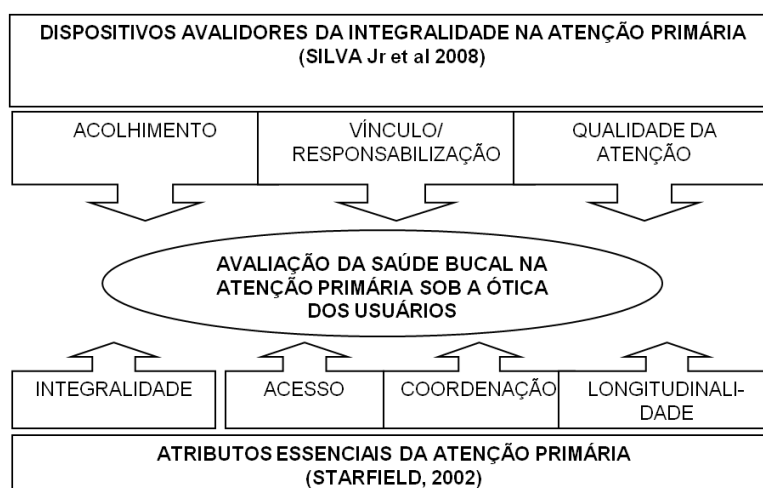


Figura 1: Modelo teórico proposto para avaliação da saúde bucal na atenção primária à saúde a partir da integralidade sob a ótica dos usuários.

1.2 O grupo focal

Esse modelo teórico permitiu elaborar um roteiro, usado em um grupo focal, a fim de identificar algumas dimensões sobre a qualidade de um serviço público de saúde bucal, na perspectiva de usuários.

Os sujeitos da pesquisa foram usuários do sistema público de Belo Horizonte, MG, município de grande porte, dividido em nove distritos sanitários, que possui um sistema municipal de saúde organizado no âmbito da APS. Foram selecionados, intencionalmente, a partir da indicação de cirurgiões-dentistas lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, indivíduos adultos, de ambos os gêneros, que tivessem uma experiência de, no mínimo, dois anos de uso efetivo (ou seja, submeteram-se a tratamentos clínicos, não tendo sido atendidos apenas em situações de urgência) do atendimento odontológico na APS, originários de dois diferentes distritos sanitários da cidade e que aceitassem contribuir com o tema da pesquisa.

O grupo focal permitiu identificar, na visão dos usuários, as categorias mais representativas para a avaliação das ações de saúde bucal na APS são: acesso/acolhimento (incluindo referências à recepção e aos profissionais que fazem parte desse primeiro contato); vínculo/longitudinalidade; qualidade da atenção (incluindo o profissional, a equipe e o atendimento); coordenação dos serviços/serviços ofertados (incluindo infraestrutura, gestão e referência aos níveis de atenção, referência e contra-referência). Essas categorias foram consideradas na etapa seguinte, de desenvolvimento das questões do questionário.

Para o desenvolvimento das questões do questionário optou-se pela mesma configuração usada no *PCATool*. Dessa maneira, a primeira versão do questionário apresentava uma introdução com a caracterização do entrevistado, incluindo identificação, a unidade básica da qual faz parte, escolaridade e renda familiar. Foi acrescentado um campo para caracterização da ocupação do usuário (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), elaborada para implantação nas pesquisas domiciliares a partir do Censo Demográfico 2010, acrescido das categorias “aposentado” e “desempregado”, inexistentes nessa classificação.

As questões de avaliação desenvolvidas nesse primeiro momento abordavam as dimensões definidas no grupo focal, totalizando 43 questões. Sete delas já existiam no *PCATool* e foram mantidas por corresponderem a algumas dimensões apontadas pelos usuários no grupo focal. Outras 36 questões foram desenvolvidas por dois pesquisadores, independentemente, buscando o consenso na melhor maneira de redação das mesmas, de forma a evitar termos ambíguos, perguntas negativas, termos técnicos ou jargões, contemplando a totalidade das categorias expressas pelos usuários. Optou-se pelo uso de uma escala Likert, com quatro opções de resposta (sim/sempe, às vezes, não/ nunca e não sei) para as questões.

2 Validação do questionário:

2.1 Validação de conteúdo e face: Visando a validação de conteúdo, essa primeira versão do questionário foi enviada para um comitê de experts, composto por cinco membros. Todos eram professores universitários e com experiência nos temas atenção primária e/ou construção de questionários. Foram esclarecidos previamente, através de uma carta convite, sobre os objetivos da pesquisa e do que já havia sido feito até o momento, incluindo os resultados obtidos no grupo focal. Foram solicitados a opinar sobre a pertinência e clareza das questões incluídas, emitindo sugestões que pudessem contribuir para o processo de construção do questionário. Algumas propostas feitas pelo comitê de experts foram acatadas, relacionadas à redação adequada das questões ou sua exclusão. Dessa maneira o questionário passou a ter 42 questões e foi submetido a um primeiro pré-teste com usuários, objetivando a validação de face.

Os critérios de inclusão de participantes nesse momento foram os mesmos usados para o grupo focal: indivíduos adultos, de ambos os gêneros, que tivessem uma experiência mínima de dois anos de uso efetivo do serviço odontológico na APS. A aplicação se deu em duas unidades básicas localizadas em diferentes distritos sanitários da cidade. Os usuários eram inicialmente convidados na própria recepção das unidades básicas a participar e esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa. Nesse momento, os usuários eram orientados sobre como preencher o questionário pelo pesquisador responsável. Nessa etapa participaram 37 usuários.

Após essa etapa, as respostas foram analisadas pelos pesquisadores. Foram feitas alterações baseadas nas dificuldades apontadas pelos usuários no momento do preenchimento: duas questões foram excluídas e uma foi desmembrada por ser ambígua. Assim, o questionário passou a ter 41 questões.

Uma segunda rodada de pré-teste foi executada com 37 novos usuários. Eles foram selecionados adotando-se os mesmos critérios de inclusão, porém em distritos sanitários diferentes dos já incluídos nas etapas anteriores. Como não houve novas modificações a serem feitas, o questionário foi considerado adequado para ser submetido ao processo de validação.

2.2 Avaliação da confiabilidade - estabilidade temporal:

Para a avaliação da estabilidade, foram selecionados 45 usuários, sendo cinco de cada distrito sanitário, adotando-se os mesmos critérios de inclusão. Esses usuários participaram de um teste-reteste, com intervalo de reaplicação do questionário de 14 dias, tempo considerado adequado para esse tipo de atividade (STREINER e NORMAN, 2006).

2.3 Avaliação da consistência interna e validade de construto.

Para a avaliação da consistência interna e validação do construto considerou-se uma amostra de 164 usuários (4 x 41). Esse número foi definido com base na relação de 4:1 (pesquisados: questões) (Bartlett *et al*, 2001), considerada adequada para análise fatorial. Para compensar possíveis perdas, a amostra foi acrescida de 10%, totalizando 180 participantes, divididos igualmente nos nove distritos sanitários. Assim, questionários foram aplicados a 20 usuários em cada um dos distritos sanitários do município. A partir da listagem das unidades de saúde que possuíam serviço odontológico foi feito o sorteio simples de uma unidade de saúde por distrito. Os questionários foram aplicados nas próprias unidades básicas de saúde, onde os usuários foram abordados na recepção e convidados a participar. Depois do esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, aqueles que aceitavam participar, assinavam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O coeficiente Kappa ponderado foi utilizado para avaliação da confiabilidade (estabilidade temporal). Para a análise da validade de construto, foi utilizada análise fatorial exploratória. Foram feitos os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de *Bartlett*, para verificar a adequação dos dados para a análise fatorial. O método utilizado para extração dos fatores foi o da raiz latente e a rotação ortogonal utilizada foi a *varimax*, sendo escolhidos os fatores com autovalores >1 . Para a composição do fator, foram consideradas as questões que apresentaram carga (*loading*) acima de 0,40. Essa técnica permite que se identifique o menor número possível de fatores (ou dimensões/construtos) que melhor expliquem as correlações entre as questões dos indicadores. A consistência interna foi avaliada pelo α de *Cronbach*, que pode variar de 0,00 a 1,00; quanto mais alto é o coeficiente mais homogêneo é o instrumento. Foi também analisado o comportamento de cada item do questionário, calculando-se os coeficientes de correlação item-total e item-total corrigido, que consistem nos coeficientes de correlação do item individual com a pontuação total da escala. Esse coeficiente estima a média das correlações de cada item com o escore total. Nessa etapa, foram excluídas as questões cuja correlação item-total corrigida foi inferior a 0,20. O programa SPSS 17.0 foi usado para a análise estatística.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte através do parecer 0059.0.410.203-10^a.

Resultados

Um total de 45 pares de respostas foi considerado na análise da reprodutibilidade para as 41 questões analisadas. Os coeficientes *Kappa* ponderado (estabilidade temporal) inicialmente foram insuficientes, variando de 0,19 a 0,75. Nessa etapa, foram excluídas duas questões, pois não apresentaram boa reprodutibilidade e foram identificadas outras questões abordando o mesmo tema, com melhor reprodutibilidade. Como o questionário apresentava quatro opções de resposta (sim/sempre, às vezes, não/nunca e não sei), decidiu-se por agregar as opções positivas de resposta (sim/sempre e às vezes) e refazer os cálculos. Feito isso, os valores de *Kappa* ponderado para cada item variaram de 0,27 a 1,00.

Um total de 180 participantes respondeu ao questionário na fase de avaliação da consistência interna e validade de construto. Eles possuíam entre 18 e 68 anos, com média de idade de $40,43 \pm 12,59$ anos, 78,9% eram do gênero feminino. Afirmaram, em sua maioria (35,5%), ter cursado o ensino fundamental incompleto e que sua renda familiar estava situada entre 2 e 3 salários mínimos (33,7%). Quanto à ocupação, a maioria (53,6%) afirmou exercer funções como o trabalho doméstico, ajudante de cozinha ou vendedores ambulantes, classificados como ocupações elementares.

Desses 180 questionários, 14 foram descartados: um usuário marcou todas as respostas; um usuário marcou apenas uma resposta; um usuário escreveu por extenso a resposta ao invés de marcar a opção; 11 usuários deixaram de responder a pelo menos uma pergunta. Restaram, portanto, 166 questionários para análise. A análise descritiva, mantendo a escala original, evidenciou 11 questões com alto percentual de respostas não sei (acima de 80% das respostas). Essas questões foram excluídas dos questionários, pois se percebeu que tratavam de assuntos que extrapolavam a avaliação do usuário.

Um total de 30 questões foi considerado para a análise fatorial exploratória. A matriz de correlação evidenciou ausência de multicolinearidade entre as variáveis ($r < 0,726$). A matriz anti imagem das covariâncias evidenciou a necessidade de exclusão de dez questões (valores $< 0,5$). Depois dessa análise inicial, permaneceram 20 questões no questionário. O teste KMO, considerando-se as 20 questões, apresentou valor de 0,84. A matriz dos componentes mostra que foram extraídos 5 fatores, que explicaram 64,8% da variância dos dados (Tabela 1). As comunalidades após a rotação variaram de 0,503 a 0,802.

Tabela 1: Extração dos fatores e variância total explicada após análise fatorial, validação de construto de questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013.

Questão	Autovalor inicial			Somadas rotacionadas das cargas ao quadrado		
	Total	% variância	% cumulativo	Total	% variância	% cumulativo
1	8,088	40,439	40,439	3,853	19,265	19,265
2	1,336	6,682	47,121	3,311	16,556	35,821
3	1,284	6,420	53,541	2,818	14,091	49,912
4	1,237	6,184	59,725	1,723	8,615	58,527
5	1,029	5,145	64,870	1,269	6,343	64,870
6	,865	4,324	69,194			
7	,825	4,123	73,317			
8	,795	3,976	77,293			
9	,680	3,402	80,695			
10	,648	3,242	83,937			
11	,536	2,679	86,615			
12	,474	2,370	88,985			
13	,433	2,166	91,151			
14	,394	1,970	93,121			
15	,358	1,788	94,909			
16	,298	1,492	96,401			
17	,223	1,115	97,516			
18	,203	1,013	98,529			
19	,179	,893	99,422			
20	,116	,578	100,000			

Teste Kaiser-Meyer-Olkin – Measuring of Sampling Adequacy=0,845. Teste de Esfericidade de Barlett, $X^2=1244,40$, Valor de $p=0,000$.

Na tabela 2 são apresentadas as cargas fatoriais que representam a correlação do item com o fator.

Tabela 2: Dimensões e questões obtidas, cargas fatoriais referentes à validação de construto, em questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013.

Questões	Dimensões segundo componentes da análise fatorial				
1			,701		
5					,837
7	,562	,421	,417		
9		,539	,501		
10	,504	,523			
11	,693				
12		,632			
14	,716				
15	,747				
16	,623				
17			,591		
19		,711			
21				,754	
23		,702			
27		,650	,473		
28				,675	
29	,511			,453	
30	,616				
32		,544			
35			,763		

A tabela 3 apresenta as questões que compuseram cada dimensão. O processo de validação do questionário permitiu, portanto, que o mesmo apresentasse ao final, 20 questões distribuídas em cinco dimensões.

Tabela 3: Dimensões obtidas após análise fatorial e respectivas questões, validação de construto de questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013.

Dimensões	Questões
Acolhimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conversar com o dentista que me atende no posto é fácil. 2. O dentista que me atende no posto me escuta com atenção 3. O dentista que me atende no posto me conhece bem. 4. O dentista que me atende no posto se relaciona bem comigo. 5. O dentista que me atende no posto se preocupa com minha saúde. 6. De maneira geral o posto onde sou atendido é limpo e organizado. 7. Os equipamentos usados são bons e funcionam bem.
Qualidade da atenção	<ol style="list-style-type: none"> 8. O dentista que me atende no posto faz até mais do que eu preciso. 9. Eu recomendo o posto de saúde onde faço tratamento odontológico para outras pessoas. 10. Eu entendo bem aquilo que o dentista do posto me explica. 11. Tenho confiança nos trabalhos que o dentista que me atende no posto faz. 12. O trabalho do dentista que me atende no posto é de boa qualidade. 13. Minhas necessidades de saúde bucal são resolvidas na mesma qualidade que o tratamento feito por um dentista particular. 14. O dentista que me atende no posto faz um bom trabalho, independente do sistema político.
Acesso	<ol style="list-style-type: none"> 15. É fácil conseguir tratamento odontológico no posto onde sou atendido. 16. No posto onde sou atendido me orientam para fazer consulta de retorno com o dentista que me atende. 17. O tratamento com o dentista que me atende no posto é rápido.
Equipe	<ol style="list-style-type: none"> 18. Quando outros profissionais da saúde ajudam o dentista que me atende no posto o resultado do tratamento é melhor. 19. Os agentes comunitários de saúde fazem um trabalho importante para a comunidade.
Organização	<ol style="list-style-type: none"> 20. Para consultar com o dentista que me atende nesse posto eu preciso deixar de trabalhar por um período do dia.

O alpha de Crombach para o instrumento com 20 questões foi de 0,919. A tabela 4 mostra os valores obtidos para a correlação item-total e para o alfa de Cronbach.

Tabela 4: Correlação questão-total e alfa de Cronbach para as questões que compõem o questionário para avaliação de serviços de saúde bucal na APS pela ótica de usuários, 2013.

Questões	Correlação questão-total corrigida	Alpha de Cronbach se a questão é removida
Q1	,541	,910
Q5	,399	,915
Q7	,749	,905
Q9	,665	,908
Q10	,751	,906
Q11	,592	,910
Q12	,303	,915
Q14	,546	,912
Q15	,577	,910
Q16	,694	,907
Q17	,528	,911
Q19	,487	,912
Q21	,417	,913
Q23	,765	,905
Q27	,649	,908
Q28	,565	,910
Q29	,573	,911
Q30	,556	,910
Q32	,600	,909
Q35	,583	,909

O maior score que um serviço de saúde bucal na APS pode apresentar (satisfação máxima por parte do usuário) é de 60 pontos, correspondendo a uma situação na qual todas as alternativas “sim/sempre” são assinaladas pelo usuário.

Discussão

A alta porcentagem de mulheres participantes nesse estudo (79,8%) não compromete o processo de validação do questionário. Uma desigualdade grande entre gêneros poderia comprometer a validação de questionários voltados para a avaliação de atividades físicas ou em outras situações nas quais é reconhecida a diferença fisiológica entre

homens e mulheres e uma diferença grande entre gêneros poderia representar um viés (STREINER e NORMAN, 2006), o que não é o caso do presente estudo.

Questionários produzem dados importantes para pesquisas e o seu desenvolvimento e sua utilização devem ser cercados de muitos cuidados. Essas preocupações devem ser ainda maiores em relação às pesquisas que buscam avaliar determinado fenômeno ligado ao social, como as políticas públicas, caso do presente questionário desenvolvido. Optou-se por uma versão auto aplicável já que questionários enviados pelo correio ou preenchidos em entrevistas, mesmo validados, têm menor precisão (ROSEN e OLSEN, 2006). Além disso, existem as dificuldades diárias enfrentadas no cotidiano dos serviços, que precisam de mecanismos ágeis para a avaliação das ações desenvolvidas. O questionário desenvolvido foi preenchido com mínima intervenção do pesquisador, uma vantagem para a sua finalidade: avaliação do serviço.

O grupo focal, considerado como estratégia em se tratando de medir satisfação por serviços prestados, mesmo sem a contextualização cultural (TRAD, 2002), permitiu identificar dimensões consideradas importantes, sobre a qualidade de um serviço público de saúde bucal, na perspectiva de usuários. A utilização da discussão, no grupo focal, das dimensões estabelecidas no modelo teórico possibilitou verificar a pertinência dessas dimensões propostas e acrescentar a estas algumas outras não antes listadas. Nesse sentido foi enriquecedora a manifestação, por parte dos usuários, de aspectos ligados à esfera política, “o sistema”, apontado como responsável por boa parte dos problemas enfrentados pelos usuários e profissionais no cotidiano dos serviços.

Os resultados do teste-reteste permitiram que fosse verificada a estabilidade temporal do questionário. Embora o intervalo tenha sido $Kappa$ 0,27-1,0, somente duas questões apresentaram concordância $<0,55$: “*É fácil conseguir tratamento odontológico no posto onde sou atendido*”; e “*o tratamento com o dentista que me atende no posto é rápido*”. Uma possível explicação para isso está no fato de que essa análise apresenta limitações para uso em desfechos pouco frequentes (SILVA e PEREIRA, 1998), como o acesso/uso dos serviços odontológicos. Agregue-se a esse fato a possibilidade do serviço ser procurado apenas quando existe dor ou desconforto, independentemente do nível socioeconômico (LACERDA *et al*, 2004).

A validação do questionário resultou na exclusão de um considerável número de questões (n=21) da escala original. Mesmo assim, as questões remanescentes continuam abordando as dimensões definidas pelos usuários no grupo focal. São abordadas satisfatoriamente questões ligadas ao acesso e acolhimento (especialmente em relação ao contato com profissional e recepção); vínculo e longitudinalidade (especificamente sobre a possibilidade de consultas de retorno e de um maior conhecimento do usuário); qualidade da atenção (principalmente a partir de questões ligados à qualidade dos serviços prestados pelo profissional e da menção ao trabalho em equipe) e em relação aos serviços ofertados (algumas questões abordam aspectos ligados à estrutura física das unidades de saúde).

Os resultados obtidos no processo de validação do questionário para avaliação dos serviços de saúde bucal na APS pela ótica dos usuários mostraram que prevaleceram as dimensões relacionadas ao acesso, acolhimento, o trabalho em equipe e a qualidade da atenção. Essas dimensões e respectivas questões apresentam validade e confiabilidade suficientes para sua aplicação em outros contextos que queiram avaliar a saúde bucal dentro dos critérios para os quais o questionário foi validado. Todas as 20 questões possuem carga fatorial dentro dos parâmetros previamente estabelecidos. Os valores do alfa de Cronbach foram extremamente bons e, embora haja entendimento de que valores acima de 0,9 para esse teste podem ser um sinal de redundância das questões (STREINER e NORMAN, 2006), percebe-se claramente que os mesmos avaliam diferentes aspectos esperados no cotidiano nos serviços de saúde. A escolha pelo modelo de cinco dimensões resultou numa explicação da variância de aproximadamente 65%, acima de outros processos de validação de questionários de avaliação da APS, incluindo o *PCATool* (HARZHEIN *et al*, 2006; ALMEIDA e MACINKO, 2006). Uma variância acumulada próxima de 65% de um evento tão complexo como a interface usuário - serviço de saúde possibilita que o presente questionário possa ser utilizado como uma das formas de avaliação de serviços de saúde bucal na APS no país sob a ótica dos usuários.

Em relação ao modelo teórico proposto é importante ressaltar que as questões da versão final do questionário abordam todos os atributos inicialmente definidos para avaliação da integralidade na APS (SILVA Jr *et al*, 2008), mas não abordam os atributos coordenação e integralidade, considerados essenciais em serviços de APS

(STARFIELD, 2002). A ausência de questões ligadas à coordenação, já apontada anteriormente, pode ser suprida pela manutenção do item “*o dentista que me atende no posto faz até mais do que eu preciso*” e que pode expressar, por parte dos usuários, o entendimento de que suas necessidades são atendidas, não necessitando de encaminhamentos para outros níveis do sistema. Pode, ainda, significar que na prática não existe referência ou que o que os usuários de fato esperam é o que é feito na APS. Esse fato, no entanto, deve ser visto com cuidado, uma vez que muitas das demandas de saúde bucal apresentadas por usuários nas unidades básicas não são solucionadas nessas unidades, requerendo o encaminhamento para serviços especializados e o acesso à esses continua sendo um nó crítico para a realidade da saúde bucal (SOUZA e RONCALLI, 2007). Fato semelhante, ligado à exclusão de questões que abordavam a coordenação dos serviços, ocorreu em outro trabalho, ligado à validação da versão infantil do *PCATool* para o Brasil (HARZEIN *et al*, 2006), o que pode representar um desafio a ser vencido para futuros questionários que queiram avaliar a APS e que tenham em seu embasamento teórico esse atributo.

Em relação à ausência de questões que abordam a integralidade, é importante esclarecer que o atributo integralidade (STARFIELD, 2002) ajuda a compor o marco teórico, mas não o representa na sua totalidade. O marco teórico busca a avaliação da saúde bucal na APS a partir da integralidade baseada em um sentido mais amplo que o definido pela autora. Para Starfield (2002), integralidade está relacionada, em síntese, a variedade completa de procedimentos voltados para as necessidades do paciente, que devem estar disponíveis e ser prestados quando necessário para os problemas que ocorrem com maior frequência. Dado à polissemia do termo integralidade provavelmente seria impossível que as questões do questionário abordassem todos os seus significados, mas é possível observar, entre eles, a presença de preocupações ligadas às práticas profissionais ampliadas, que não se limitam ao aspecto clínico, e ao trabalho em equipe, aspectos ligados ao conceito de integralidade (SANTOS e ASSIS, 2006) e que contribuem para a clínica ampliada (CAMPOS, 2007). No mais, essas diferenças encontradas entre a visão do usuário (que não contemplou as dimensões coordenação e integralidade) e o modelo teórico podem significar que para eles essas dimensões não possuem importância para o seu atendimento.

Conclui-se afirmando que a construção e validação deste questionário possibilitam uma estratégia de avaliação de fácil realização dos serviços de saúde bucal na APS, a partir de um referencial teórico que contempla a integralidade e dimensões essenciais para esse nível de atenção, dirigido à população de usuários adultos. Os resultados obtidos poderão sensibilizar gestores a qualificar os serviços de saúde e as práticas profissionais e, em última análise, tornar realidade a construção de um sistema público de saúde à altura de sua existência, que são os próprios usuários.

Referências

ALMEIDA, C; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local. Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS). Ministério da Saúde, Brasil, 2006.

ALMEIDA, PF; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* 2008;24(8):1727-1742.

BARTLETT, JE; KOTRLIK, JW; HIGGINS, CC. Organization research: 21. Determining appropriate sample in survey research. *Inf Technol Learn Perform J*. 2001;19(1):43-50.

BLENDON, RJ; KIM, M; BENSOM, JM. The public versus the world health organization on health system performance. *Health Aff* 2001; 20:11-20.

BRASIL. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Secretaria de atenção à saúde. Manual do questionário de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília, 2010.

BOSI, MLM; MERCADO-MARTINEZ, FJ. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. Modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, RO; FURTADO, JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Editora Unicamp, 2011, 278p.

CAMARGO Jr, KR; CAMPOS, EMS; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, MT; MASCARENHAS, MTM; MAUAD, NM; FRANCO, TB; RIBEIRO, LC.; ALVES, MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública* 2008;24(sup1):S58-S68.

CAMPOS, GVS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2007;12(Sup):1865-1874.

CAETANO, R; DAIN, S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2002;12(1):11-21.

CONILL, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde *Cad. Saúde Pública* 2004;20(5):1417-1423.

DORAN, T; ROLAND, M. Lessons From Major Initiatives To Improve Primary Care In The United Kingdom. *Health Affairs* 2010; 29:51023-1029.

FACCHINI, LA; PICCINI, RX; TOMASI, E; THUMÉ, E; TEIXEIRA, VA; SILEVIRA, DS; MAIA, MFS; SIQUEIRA, FV; RODRIGUES, MA; PANIZ, VV; OSÓRIO, A. Avaliação da efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008;24(Sup 1): S159-S172.

FAVARO, P, FERRIS, LE. Program evaluation with limited fiscal and human resources. *Cad Saúde Pública* 1991; 11(3):425-438.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Colet* 2006;11(3):553-563.

HARZHEIN, E; STARFIELD, B; RAJMIL, L; ÁLVAREZ-DARDET, C; STEIN, AT. Consistencia interna e confiabilidade da versão em português do Questionário de Avaliação da Atenção Primária (PCATool - Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(8):1649-1659.

HOGG, W; DYKE, E. Improving measurement of primary care system performance. *Canada Family Practice* July 2011;57:7758-760.

KLEBA ME, WENDHAUSEN ÁLP. O processo de pesquisa como espaço e processo de empoderamento. *Interface (Botucatu)* 2010;14(33):427-36.

LACERDA, JT; SIMIONATO, EM; PERES, KG; PERES, MA; TRAEBERT, J; MARCENES, W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):453-458.

LIMA, ACS; CABRAL, ED; VASCONCELOS, MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Recife, PE, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(5):991-1002.

NEDEL, FB; FACCHINI, LA; MARTÍN-MATEO, M; VIEIRA, LAS; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1041-1052.

NICHOLSON, C; JACKSON, C; MARLEY, J; WELLS, R. The Australian Experiment: How Primary Health Care Organizations Supported the Evolution of a Primary Health Care System. *J Am Board Fam Med* 2012; 25:Suppl_1S18-S26.

POTON, WL; SZPILMAN, ARM; SIQUEIRA, MP. Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. *Rev Bras Pesq Saúde* 2011;13(3):57-61.

RIBEIRO, MCSA; BARATA, RB; ALMEIDA, MF; SILVA, ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cienc Saúde Colet* 2006;11(4):1011-1022.

SANTOS, AM; ASSIS, MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cienc Saúde Colet* 2006;11(1):53-61.

SCHOEN, C; OSBORN, R; DOTY, MM; SQUIRES, D; PEUGH, J; APPLEBAUM, S. A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences. *Health Affairs* 2009; 28(6): w1171-w1183.

SHI, L; STARFIELD, B; XU, J. Validating the Primary Care Assessment Tool. *J. Fam. Pract.* 2001;50:161.

SILVA JÚNIOR, AG; ALVES, MGM; MASCARENHAS, MTM; SILVA, VNM; CARVALHO, LC. Experiências de avaliação no setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciênc Saúde Colet* 2008;13(9):1485-1500.

SILVA, EF; PEREIRA, MG. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 383-93.

SOUZA, TMS; RONCALLI, AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(11):2727-2739.

SOUZA, ECF; VILAR, RLA; ROCHA, NSPD; UCHOA, AC; ROCHA, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção de usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008;24(Sup 1): S100-S110.

STREINER, GR; NORMAN, DL. Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford University Press, 2006.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO Brasil, Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, CJ; BELISÁRIO, SA; STRALEN, TBS; LIMA, AMD; MASSOTE, AW; OLIVEIRA, CL. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(Sup 1): S148-S158.

TRAD, L. A. B. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 581-589.

VAITSMAN, J; ANDRADE, GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2005;10(3):599-613.

WARE, JE, SNYDER, MK, WRIGHT, WR, DAVIES, AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Prog Planning* 1983; 6:247-263.

7 COMENTÁRIOS FINAIS

Ao longo de seus 25 anos de existência, o sistema público de saúde se mantém como uma sigla que, em analogia ao que é dito em relação à integralidade, possui diferentes significados e sentidos, conforme o(s) ator(es) social(is) envolvido(s) nas suas atividades. Essas diferentes visões coexistem democraticamente, podendo variar no mesmo indivíduo, entre diferentes indivíduos e em diferentes momentos de sua(s) experiência(s) com o sistema. Essa convivência democrática de opiniões é, sem dúvida, muito boa. O debate e diálogo entre diferentes visões podem e devem acontecer porque podem contribuir para qualificar o sistema. É necessário que todos os atores envolvidos saibam dialogar e escutar, humildemente, as vivências expressas pelos outros. Esse exercício de trocas e negociações, permeado por ganhos e perdas, é essencial para a construção do sistema proposto pela Reforma Sanitária.

O desenvolvimento do ASBAP-usuário pode representar o início de um novo diálogo entre os envolvidos na produção da saúde. Os usuários poderão utilizar-se desse instrumento para expressarem sua satisfação (ou não) com o serviço que lhes atende. Esse uso por parte dos usuários poderá, por sua vez, fazer com que se interessem cada vez mais pelo exercício de avaliar, sentindo-se cidadãos de fato e impulsionando gestores a tomar atitudes que se revertam a favor da construção local dos serviços de saúde.

Mas, o uso de instrumentos de avaliação por parte de usuários por si só construirá o SUS que queremos? Certamente que não. Há um componente fortíssimo que define a sustentabilidade e avanço do SUS, provavelmente o maior deles: o universo político. Para que um ciclo virtuoso aconteça, baseado em avaliações rotineiras, uso de diferentes vozes, tomada de decisões voltadas para o bem da população, é imprescindível que os gestores se interessem de fato pela qualificação dos serviços de saúde. A avaliação comporta muitas possibilidades que, se bem aproveitadas, podem possibilitar essa qualificação. Talvez esse seja um dos maiores desafios colocados: práticas clientelistas e

baseadas no fisiologismo, há muito arraigadas em nossa cultura predominam nos diferentes entes da federação e definem a nomeação de gestores. A nomeação por esses caminhos, em oposição à nomeação por mérito de um servidor concursado, pode impedir que a avaliação seja rotina nos serviços, pois eventuais críticas à gestão poderiam significar perdas políticas impensáveis nesses “vícios” de gestão.

O desafio político acima apontado não se limita às práticas atrasadas de nomeações espúrias e descomprometidas. Tão grave quanto isso está no fato de que, a partir de dezenas de fatos rotineiramente veiculados pela mídia, tais como situações de descaso com a população, que sofre por atendimento digno em hospitais ou unidades básicas, de falta de profissionais de saúde, de condições mínimas de atendimento, há o forte sentimento de que pensar saúde não é uma prioridade política. Talvez assim de fato aconteça porque, com raras exceções, os formuladores de políticas não recorrem ao sistema público quando necessitam de serviços de saúde, conseqüentemente não sentem as dificuldades que a população experimenta. Nesse sentido, poderia ser afirmado que a ética, componente que necessariamente deveria estar envolvido, pois a situação é de saúde/doença, poder/miséria, enfim de desequilíbrios, inexistente.

Mesmo com esses desafios e obstáculos à frente (e não são poucos, diga-se de passagem, tanto do ponto de vista numérico quanto de complexidade), acredito que é possível reverter essa situação. Gestores e profissionais da saúde envolvidos devem ser chamados a participar, também avaliando. Para isso, outros instrumentos devem ser desenvolvidos para serem usados por esses atores e outros devem ser aperfeiçoados. O embate, no qual se posicionam por um lado pesquisadores e academia (desenvolvendo novos instrumentos, formulando propostas, influenciando as políticas da área), e por outro lado a crescente pressão (embora lenta) por uma sociedade mais justa, democrática e equânime, poderá ser a resposta para o enfrentamento de obstáculos políticos importantes.

Mas, continuo acreditando que o SUS é feito *de* e é construído *por* gente. Gente que não sabe seu poder, que não exercita sua voz, que muito pouco

reclama e que (infelizmente) muitas vezes exerce mal seu direito cidadão de votar. Sim, são problemas graves, que não serão resolvidos em poucas gerações e sem poucos esforços. Mas que tem que começar, algum dia, de alguma maneira e, quem sabe, através de algum questionário que, entregue a algum gestor (progressista, certamente), seja utilizado, proporcione mudanças importantes e seus benefícios sejam divulgados, para demonstrar que é possível construir com a população e para a população aquilo que lhe é de direito, da forma que é por ela avaliado. E o questionário, no caso da saúde bucal, pode ser esse, fruto dessa pesquisa.

Dessa maneira, espero, sinceramente, que o resultado dessa pesquisa, na forma de um questionário para avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária a partir dos usuários, seja, pelo menos, o combustível para que o sistema público de saúde continue sua luta. Porque na verdade ela já começou há muito tempo. Espero que seja utilizado em diferentes contextos pelo país e que os resultados sejam muito bem aproveitados. Espero que suscite em outros pesquisadores a vontade de evoluir nesse tema e busquem qualificar ainda mais o questionário ou desenvolver outros, que possam seguir no papel de desenvolvimento do SUS.

Mas espero, principalmente, que ele desperte nos usuários de todas as partes do país, de todas as classes sociais, de todas as cores e raças, o sentimento político verdadeiro e cidadão. Esse sim vai, com certeza, um dia, construir o SUS por todos desejado.

O desafio já existia. Agora está lançada mais uma ferramenta. Que não falem mãos e braços para continuar a obra. E que a vitória seja alcançada!

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USUÁRIOS – ETAPA DE CONSTRUÇÃO

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DA ÓTICA DE USUÁRIOS. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tem como objetivos a construção de um questionário para avaliar a odontologia nas unidades básicas de saúde em Belo Horizonte.

Sua participação consistirá em participar de um grupo de discussão sobre o atendimento prestado pela odontologia nos serviços da Prefeitura. Seu nome não vai ser registrado e os dados serão divulgados de forma conjunta, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a). Após a conclusão do trabalho de coleta de dados da pesquisa, os resultados serão publicados, mas não será possível identificar nenhum dos indivíduos que participaram da pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do grupo de discussão. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. O Sr (a) não terá que pagar nada para participar dessa pesquisa e nem poderá receber. No entanto, seria importante sua participação, pois, as informações fornecidas servirão para se conseguir avaliar os serviços de odontologia na atenção básica em Belo Horizonte e sugerir possíveis melhorias.

Obrigado pela participação.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido dos objetivos da pesquisa. Sei que posso não participar ou desistir a qualquer momento. Sei que não gastarei nem receberei nada pela minha participação. Sei também que meu nome não será mostrado em nenhum documento do estudo. Por isto concordo em participar como voluntário.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura

Em caso de dúvidas:

**Comitê de Ética em Pesquisa (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627
Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005
Campus Pampulha Belo Hte. fone:3409-4592**

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte: Av. Afonso Pena, 2336 9º andar

Fone: 3277 5309

**Heriberto Fiúza Sanchez: 9111-9444; 3261-2377
Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira: 9983-2256; 3409-2457
Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck: 9958-7387**

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USUÁRIOS – ETAPA DE VALIDAÇÃO

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DA ÓTICA DE USUÁRIOS. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tem como objetivos a construção de um questionário para avaliar a odontologia nas unidades básicas de saúde em Belo Horizonte.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, o que não deve levar mais de 20 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados de forma conjunta, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a). Após a conclusão do trabalho de coleta de dados da pesquisa, os resultados serão publicados, mas não será possível identificar nenhum dos indivíduos que participaram da pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. O Sr (a) não terá que pagar nada para participar dessa pesquisa e nem poderá receber. No entanto, seria importante sua participação, pois, as informações fornecidas servirão para se conseguir avaliar os serviços de odontologia na atenção básica em Belo Horizonte e sugerir possíveis melhorias.

Obrigado pela participação.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido dos objetivos da pesquisa. Sei que posso não participar ou desistir a qualquer momento. Sei que não gastarei nem receberei nada pela minha participação. Sei também que meu nome não será mostrado em nenhum documento do estudo. Por isto concordo em participar como voluntário.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura

Em caso de dúvidas:

**Comitê de Ética em Pesquisa (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627
Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005
Campus Pampulha Belo Hte. fone:3409-4592**

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte: Av. Afonso Pena, 2336 9º andar

Fone: 3277 5309

Heriberto Fiúza Sanchez: 9111-9444; 3261-2377

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira: 9983-2256; 3409-2457

Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck: 9958-7387

APÊNDICE 3

PRIMEIRA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.Data	2. Nome do entrevistador	
3. Nome do posto/centro/unidade		4.Bairro
5. Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica		
TIPO	CÓDIGO	
PSF	1	
PACS	2	
Unidade básica sem ESF	3	
Centro de saúde	4	

6. Gênero do usuário	Mulher	0
	Homem	1
7. Qual a última série escolar que o(a) sr(a) completou?		
sem escolaridade	0	
ensino fundamental (1º grau)incompleto	1	
ensino fundamental (1º grau) completo	2	
ensino médio (2º grau) incompleto	3	
ensino médio (2º grau) completo	4	
ensino superior (universitário) incompleto	5	
ensino superior (universitário) completo	6	
8. Idade do usuário		

9.Quanto entra de dinheiro na sua casa por mês?	
Até ½ salário mínimo	1
Entre ½ e 1 salário mínimo	2
Entre 1 e 2 salários mínimos	3
Entre 2 e 3 salários mínimos	4
Entre 3 e 5 salários mínimos	5
Acima de 5 salários mínimos	6

10. Qual a sua ocupação?	
Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	1
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	2
Profissionais das ciências e das artes	3
Técnicos de nível médio	4
Trabalhadores de serviços administrativos	5
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	6
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	7
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	8
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	9
Trabalhadores de manutenção e reparação	0

PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO

SAÚDE DO USUÁRIO		Muito ruim	Ruim	Mais ou menos	Boa	Muito boa
Como tem sido sua saúde nos últimos 30 dias?		5	4	3	2	1
Como tem sido sua saúde bucal nos últimos 30 dias?		5	4	3	2	1
		Sempre	Às vezes	Nunca	Não sabe	
1	É fácil conseguir tratamento odontológico no posto onde sou atendido.	5	4	3	88	
2	É fácil conseguir atendimento odontológico de urgência no posto onde sou atendido.	5	4	3	88	
3	É fácil conseguir tratamento odontológico para um deficiente físico no posto onde sou atendido.	5	4	3	88	
4	O horário de atendimento do dentista do posto é o mesmo do meu horário de trabalho.	5	4	3	88	
5	Tenho dificuldades para chegar ao posto onde sou atendido.	5	4	3	88	
6	Para consultar com o dentista que me atende nesse posto eu preciso perder o dia de trabalho ou deixar de trabalhar por um período do dia.	5	4	3	88	
7	Conversar com o dentista que me atende no posto sempre que eu preciso é fácil.	5	4	3	88	
8	Prefiro ser atendido por dentistas mais experientes.	5	4	3	88	
9	O dentista que me atende no posto faz mais do que eu preciso.	5	4	3	88	
10	Eu recomendo o posto de saúde onde faço tratamento odontológico para outras pessoas.	5	4	3	88	
11	O dentista que me atende no posto me escuta com atenção.	5	4	3	88	
12	Eu entendo bem aquilo que o meu dentista do posto me explica.	5	4	3	88	
13	A comunidade dividida em equipes facilitou o atendimento no posto de	5	4	3	88	

	saúde.				
14	O dentista que me atende no posto me conhece e me compreende.	5	4	3	88
15	O especialista me conhece e me compreende.	5	4	3	88
16	O dentista que me atende no posto se relaciona bem comigo e com a comunidade.	5	4	3	88
17	O dentista que me atende no posto se preocupa com minha saúde.	5	4	3	88
18	Sou chamado pelo posto onde sou atendido para fazer consulta de retorno com o dentista que me atende.	5	4	3	88
19	Eu tenho que fazer minha parte para que o tratamento dê certo.	5	4	3	88
20	Tenho confiança nos trabalhos que o dentista que me atende no posto faz.	5	4	3	88
21	Os outros profissionais de saúde ajudam o dentista que me atende no posto quando ele precisa.	5	4	3	88
22	Quando outros profissionais da saúde ajudam o dentista que me atende no posto o resultado no tratamento é melhor.	5	4	3	88
23	O número de agentes comunitários de saúde para ajudar o dentista que me atende no posto no trabalho junto à comunidade é suficiente.	5	4	3	88
24	O atendimento do dentista que me atende no posto é de qualidade.	5	4	3	88
25	O dentista que me atende no posto sabe quais os principais problemas de saúde da sua comunidade e se esforça para melhorar esses problemas.	5	4	3	88
26	O dentista que me atende no posto procura estar sempre atualizado na área dele.	5	4	3	88
27	Minhas necessidades de saúde bucal são atendidas na mesma qualidade que o tratamento feito por um dentista	5	4	3	88

	particular.				
28	As agentes comunitárias de saúde fazem um trabalho importante para a comunidade.	5	4	3	88
29	De maneira geral o posto onde sou atendido é limpo e organizado.	5	4	3	88
30	Os equipamentos usados são modernos e funcionam bem.	5	4	3	88
31	De maneira geral o posto de saúde tem os materiais que o dentista que me atende precisa.	5	4	3	88
32	As autoridades de saúde fornecem materiais e equipamentos necessários para o trabalho do dentista que me atende no posto.	5	4	3	88
33	Independentemente do sistema político o dentista que me atende no posto faz muito pela minha saúde.	5	4	3	88
34	Eu percebo que o sistema político se esforça para que eu seja bem tratado pelo dentista que me atende no posto.	5	4	3	88
35	A minha participação em reuniões do Conselho de Saúde pode melhorar os serviços prestados pelo posto onde sou atendido.	5	4	3	88
36	De forma geral o tratamento com o dentista que me atende no posto é rápido.	5	4	3	88
37	Conseguir consultar com o especialista é demorado.	5	4	3	88
38	Quando sou encaminhado para o especialista as informações necessárias são escritas para ele.	5	4	3	88
39	Quando termino o tratamento com o especialista eu sou encaminhado ao dentista que me atende no posto com informações escritas.	5	4	3	88
40	Consigo resolver meus problemas da boca no posto de saúde.	5	4	3	88
41	O especialista está disponível para resolver todos os problemas na área que ele conhece.	5	4	3	88

42	Para completar meu tratamento sempre tenho que procurar um dentista particular.	5	4	3	88
43	Os serviços prestados pelo dentista do posto onde sou atendido são adequados para pacientes especiais, como os deficientes.	5	4	3	88

APÊNDICE 4

CARTA CONVITE PARA OS MEMBROS DO COMITÊ DE EXPERTS

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__

Ilmo(a) Sr(a)

Dr(a) _____

Tendo em vista a sua elevada qualificação profissional e acadêmica, bem como experiência no sistema público de saúde ou no processo de construção e validação de questionários de pesquisa, venho convidá-lo para compor o comitê de experts organizado para opinar sobre um questionário para avaliação da satisfação do usuário com as ações de saúde bucal na atenção primária na saúde do Sistema Único de Saúde a partir de alguns dos sentidos da integralidade. O citado questionário será usado para desenvolvimento da tese de doutorado de Heriberto Fiuza Sanchez, aluno da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo título é “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DA ÓTICA DE USUÁRIOS”, orientado pela profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira e co-orientado pelo prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck.

Mecanismos avaliativos confiáveis da atenção primária na saúde devem ser desenvolvidos e aplicados. É possível que o princípio da integralidade, devido à sua riqueza, seja aquele que mereça maiores investimentos em políticas e pesquisas devido às suas potencialidades em disparar mecanismos e atitudes que muito contribuem para o aprimoramento do setor. É grande a importância da perspectiva do usuário para avaliar a qualidade de serviços de saúde.

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema integralidade, bem como sobre a interface entre a integralidade e saúde bucal. Neste momento foi identificado o Primary Care Assessment Tool (PCATool), desenvolvido por Starfield e Macinko (2004) e validado para o Brasil (Almeida e Macinko, 2006) e que avalia dimensões consideradas essenciais em serviços de atenção primária. O uso desse instrumento, juntamente com o referencial teórico definido por Silva Jr e Mascarenhas (2009) para a avaliação da atenção primária na saúde a partir da integralidade permitiu a elaboração de um roteiro, usado na condução de um grupo focal.

O grupo focal contou com a participação de usuários do sistema público de saúde, adultos, de ambos os gêneros e que tivessem uma experiência mínima de 2 anos de uso do serviço de saúde bucal. Após dinâmica intensa entre os participantes foram obtidas dimensões e categorias que possibilitaram a elaboração do questionário que segue para sua avaliação.

Nesse sentido, pedimos sua contribuição para aperfeiçoá-lo. Pedimos que faça comentários em relação a cada alternativa: se a mesma é relevante (ou não), adequada, parcialmente adequada ou inadequada para avaliação das ações de saúde bucal na atenção primária na saúde do Sistema Único de Saúde a partir da ótica do usuário. Pedimos, por fim, que tente reduzir o número de alternativas existentes atualmente no questionário.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Prof. Efigênia Ferreira e Ferreira

Heriberto Fiuza Sanchez

APÊNDICE 5

SEGUNDA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO: PRIMEIRO PRÉ TESTE

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.Data	2. Nome do entrevistador
3. Nome do posto/centro/unidade	4.Bairro
5. Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica	
TIPO	CÓDIGO
PSF	1
PACS	2
Unidade básica sem ESF	3
Centro de saúde	4

6. Gênero do usuário	Mulher	0
	Homem	1
7. Idade do usuário		
8. Qual a última série escolar que o(a) sr(a) completou?		
sem escolaridade		0
ensino fundamental (1º grau)incompleto		1
ensino fundamental (1º grau) completo		2
ensino médio (2º grau) incompleto		3
ensino médio (2º grau) completo		4
ensino superior (universitário) incompleto		5
ensino superior (universitário) completo		6

9.Quanto entra de dinheiro na sua casa por mês em média?	
Até ½ salário mínimo	1
Entre ½ e 1 salário mínimo	2
Entre 1 e 2 salários mínimos	3
Entre 2 e 3 salários mínimos	4
Entre 3 e 5 salários mínimos	5
Acima de 5 salários mínimos	6
Quantas pessoas moram na sua casa?	

10. Qual a sua ocupação?	
Diretores e gerentes	1
Profissionais das ciências e intelectuais	2
Técnicos e profissionais nível médio	3
Trabalhadores apoio administrativo	4
Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio e mercados	5
Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca	6
Trabalhadores qualificados: operários e artesãos de artes mecânicas	7
Operadores de instalações de máquinas e montadores	8
Ocupações elementares	9
Membros das forças armadas, policiais, bombeiros	0

PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO

SAÚDE DO USUÁRIO		Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim	Muito ruim	Não sei
Como tem sido sua saúde nos últimos 30 dias?							
Como tem sido sua saúde bucal nos últimos 30 dias?							
				Sempre	Às vezes	Nunca	Não sei
1	É fácil conseguir tratamento odontológico no posto onde sou atendido.						
2	É fácil conseguir atendimento odontológico de urgência no posto onde sou atendido.						
3	É fácil conseguir tratamento odontológico para um deficiente físico no posto onde sou atendido.						
4	O horário de atendimento do dentista do posto é o mesmo do meu horário de trabalho.						
5	Para consultar com o dentista que me atende nesse posto eu preciso perder o dia de trabalho ou deixar de trabalhar por um período do dia.						
6	Tenho dificuldades para chegar ao posto onde sou atendido porque é longe da minha casa.						
7	Conversar com o dentista que me atende no posto sempre que eu preciso é fácil.						
8	Prefiro ser atendido por dentistas com mais experiência.						
9	O dentista que me atende no posto faz mais do que eu preciso.						
10	Eu recomendo o posto de saúde onde faço tratamento odontológico para outras pessoas.						
11	O dentista que me atende no posto me escuta com atenção.						
12	Eu entendo bem aquilo que o meu dentista do posto me explica.						
13	A comunidade dividida em equipes facilitou o atendimento no posto de saúde.						
14	O dentista que me atende no posto me conhece e me compreende.						
15	O especialista me conhece e me compreende.						
16	O dentista que me atende no posto se relaciona						

	bem comigo e com a comunidade.					174
17	O dentista que me atende no posto se preocupa com minha saúde.					174
18	Sou orientado pelo posto onde sou atendido para fazer consulta de retorno com o dentista que me atende.					
19	Eu tenho que fazer minha parte para que o tratamento dê certo.					
20	Tenho confiança nos trabalhos que o dentista que me atende no posto faz.					
21	Os outros profissionais de saúde ajudam o dentista que me atende no posto quando ele precisa.					
22	Quando outros profissionais da saúde ajudam o dentista que me atende no posto o resultado no tratamento é melhor.					
23	O número de agentes comunitários de saúde para ajudar o dentista que me atende no posto no trabalho junto à comunidade é suficiente.					
24	O trabalho do dentista que me atende no posto é de qualidade.					
25	O dentista que me atende no posto sabe quais os principais problemas de saúde da sua comunidade e se esforça para resolver esses problemas.					
26	O dentista que me atende no posto procura estar sempre atualizado na área dele.					
27	Minhas necessidades de saúde bucal são atendidas na mesma qualidade que o tratamento feito por um dentista particular.					
28	As agentes comunitárias de saúde fazem um trabalho importante para a comunidade.					
29	De maneira geral o posto onde sou atendido é limpo e organizado.					
30	Os equipamentos usados são bons e funcionam bem.					
31	De maneira geral o posto de saúde tem os materiais que o dentista que me atende precisa.					
32	Independentemente do sistema político o dentista que me atende no posto faz um bom trabalho.					

33	Eu percebo que o governo se esforça para que eu seja bem tratado pelo dentista que me atende no posto.				175
34	A minha participação em reuniões do Conselho de Saúde pode melhorar os serviços prestados pelo posto onde sou atendido.				
35	De forma geral o tratamento com o dentista que me atende no posto é rápido.				
36	Conseguir consultar com o especialista é rápido.				
37	Quando sou encaminhado para o especialista as informações necessárias são escritas para ele.				
38	Quando termino o tratamento com o especialista eu sou encaminhado ao dentista que me atende no posto com informações escritas.				
39	Consigo resolver meus problemas da boca no posto de saúde.				
40	O especialista está disponível para resolver todos os problemas na área que ele conhece.				
41	Para completar meu tratamento tenho que procurar um dentista particular.				
42	Os serviços prestados pelo dentista do posto onde sou atendido são adequados para pacientes especiais, como os deficientes.				

APÊNDICE 6

TERCEIRA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO: SEGUNDO PRÉ TESTE

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.Data	2. Nome do entrevistador
3. Nome do posto/centro/unidade	4.Bairro
5. Nome do dentista	

6. Gênero do usuário	Mulher	0
	Homem	1
7. Idade do usuário		
8. Qual a última série escolar que o(a) sr(a) completou?		
sem escolaridade		0
ensino fundamental (1º grau)incompleto		1
ensino fundamental (1º grau) completo		2
ensino médio (2º grau) incompleto		3
ensino médio (2º grau) completo		4
ensino superior (universitário) incompleto		5
ensino superior (universitário) completo		6

9.Quanto entra de dinheiro na sua casa por mês em média?	
Até ½ salário mínimo	1
Entre ½ e 1 salário mínimo	2
Entre 1 e 2 salários mínimos	3
Entre 2 e 3 salários mínimos	4
Entre 3 e 5 salários mínimos	5
Acima de 5 salários mínimos	6
Quantas pessoas moram na sua casa?	

10. Qual a sua ocupação?	
Diretores e gerentes	1
Profissionais das ciências e intelectuais	2
Técnicos e profissionais nível médio	3
Trabalhadores apoio administrativo	4
Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio e mercados	5
Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca	6
Trabalhadores qualificados: operários e artesãos de artes mecânicas	7
Operadores de instalações de máquinas e montadores	8
Ocupações elementares	9
Membros das forças armadas, policiais, bombeiros	0
Aposentado	
Desempregado	

INSTRUÇÕES:

Para cada pergunta, risque em cima da resposta que você acha mais certa.

177

Como tem sido sua saúde nos últimos 30 dias?	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim	Muito ruim	Não sei
--	-----------	-----	---------------	------	------------	---------

E na boca , como tem sido sua saúde nos últimos 30 dias?	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim	Muito ruim	Não sei
---	-----------	-----	---------------	------	------------	---------

Continue o questionário marcando para cada pergunta a resposta que você acha mais certa.

1	É fácil conseguir tratamento odontológico no posto onde sou atendido.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	-------------	----------	------------	---------

2	É fácil conseguir atendimento odontológico de urgência no posto onde sou atendido.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	-------------	----------	------------	---------

3	É fácil conseguir tratamento odontológico para um deficiente físico no posto onde sou atendido.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	-------------	----------	------------	---------

4	O horário de atendimento do dentista do posto é o mesmo do meu horário de trabalho.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	-------------	----------	------------	---------

5	Para consultar com o dentista que me atende nesse posto eu preciso deixar de trabalhar por um período do dia.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	-------------	----------	------------	---------

6	Tenho dificuldades para chegar ao posto onde sou atendido porque é longe da minha casa.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	-------------	----------	------------	---------

7	Conversar com o dentista que me atende no posto sempre que eu preciso é fácil.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	-------------	----------	------------	---------

8	Prefiro ser atendido por dentistas com mais experiência.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	-------------	----------	------------	---------

9	O dentista que me atende no posto faz até mais do que eu preciso.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
10	Eu recomendo o posto de saúde onde faço tratamento odontológico para outras pessoas.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
11	O dentista que me atende no posto me escuta com atenção.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
12	Eu entendo bem aquilo que o dentista do posto me explica.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
13	Com comunidade dividida em equipes ficou mais fácil ser atendido no posto de saúde.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
14	O dentista que me atende no posto me conhece bem.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
15	O dentista que me atende no posto se relaciona bem comigo.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
16	O dentista que me atende no posto se preocupa com minha saúde.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
17	No posto onde sou atendido me orientam para fazer consulta de retorno com o dentista que me atende.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
18	Eu tenho que fazer minha parte para que o tratamento dê certo.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
19	Tenho confiança nos trabalhos que o dentista que me atende no posto faz.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei

20	Os outros profissionais de saúde ajudam o dentista que me atende no posto se ele precisar.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
21	Quando outros profissionais da saúde ajudam o dentista que me atende no posto o resultado do tratamento é melhor.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
22	A quantidade de agentes comunitários de saúde do posto onde sou atendido consegue fazer o trabalho de saúde bucal.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
23	O trabalho do dentista que me atende no posto é de boa qualidade.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
24	O dentista que me atende no posto sabe quais são os principais problemas de saúde da minha comunidade.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
25	O dentista que me atende no posto se esforça para resolver os principais problemas da minha comunidade.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
26	O dentista que me atende no posto procura estar sempre atualizado na área dele.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
27	Minhas necessidades de saúde bucal são resolvidas na mesma qualidade que o tratamento feito por um dentista particular.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
28	Os agentes comunitários de saúde fazem um trabalho importante para a comunidade.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
29	De maneira geral o posto onde sou atendido é limpo e organizado.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei

30	Os equipamentos usados são bons e funcionam bem.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

31	O posto de saúde que eu vou tem os materiais que o dentista que me atende precisa.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

32	O dentista que me atende no posto faz um bom trabalho, Independentemente do sistema político.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	---	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

33	Eu vejo que o governo se esforça para que eu seja bem tratado pelo dentista que me atende no posto.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	---	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

34	A minha participação em reuniões do Conselho de Saúde pode melhorar os serviços prestados pelo posto onde sou atendido.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	---	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

35	O tratamento com o dentista que me atende no posto é rápido.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

36	Conseguir ser encaminhado para o especialista é rápido.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	---	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

37	Quando sou encaminhado para o especialista as informações necessárias são escritas para ele.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

38	Quando termino o tratamento com o especialista eu sou encaminhado ao dentista que me atende no posto com informações escritas.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

39	Consigo resolver meus problemas da boca no posto de saúde.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

40	Para completar meu tratamento tenho que procurar um dentista particular.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

41	Os serviços prestados pelo dentista do posto onde sou atendido são bons para pacientes especiais, como os deficientes.	Sim/ sempre	Às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	------------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

APÊNDICE 7

QUARTA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO: VERSÃO FINAL VALIDADA

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.Data	2. Nome do entrevistador	
3. Nome do posto/centro/unidade		4.Bairro
5. Nome do dentista		

6. Gênero do usuário	Mulher	0
	Homem	1
7. Idade do usuário		
8. Qual a última série escolar que o(a) sr(a) completou?		
sem escolaridade		0
ensino fundamental (1º grau)incompleto		1
ensino fundamental (1º grau) completo		2
ensino médio (2º grau) incompleto		3
ensino médio (2º grau) completo		4
ensino superior (universitário) incompleto		5
ensino superior (universitário) completo		6

9.Quanto entra de dinheiro na sua casa por mês em média?	
Até ½ salário mínimo	1
Entre ½ e 1 salário mínimo	2
Entre 1 e 2 salários mínimos	3
Entre 2 e 3 salários mínimos	4
Entre 3 e 5 salários mínimos	5
Acima de 5 salários mínimos	6
Quantas pessoas moram na sua casa?	

10. Qual a sua ocupação?	
Diretores e gerentes	1
Profissionais das ciências e intelectuais	2
Técnicos e profissionais nível médio	3
Trabalhadores apoio administrativo	4
Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio e mercados	5
Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca	6
Trabalhadores qualificados: operários e artesãos de artes mecânicas	7
Operadores de instalações de máquinas e montadores	8
Ocupações elementares	9
Membros das forças armadas, policiais, bombeiros	0
Aposentado	
Desempregado	

INSTRUÇÕES:

Para cada pergunta, risque em cima da resposta que você acha mais certa.

1	É fácil conseguir tratamento odontológico no posto onde sou atendido.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	---------------	------------	---------

2	Para consultar com o dentista que me atende nesse posto eu preciso deixar de trabalhar por um período do dia.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	---------------	------------	---------

3	Conversar com o dentista que me atende no posto sempre que eu preciso é fácil.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	---------------	------------	---------

4	O dentista que me atende no posto faz até mais do que eu preciso.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	---------------	------------	---------

5	Eu recomendo o posto de saúde onde faço tratamento odontológico para outras pessoas.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	---------------	------------	---------

6	O dentista que me atende no posto me escuta com atenção.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	---------------	------------	---------

7	Eu entendo bem aquilo que o dentista do posto me explica.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	---------------	------------	---------

8	O dentista que me atende no posto me conhece bem.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	---	---------------	------------	---------

9	O dentista que me atende no posto se relaciona bem comigo.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
---	--	---------------	------------	---------

10	O dentista que me atende no posto se preocupa com minha saúde.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
----	--	---------------	------------	---------

11	No posto onde sou atendido me orientam para fazer consulta de retorno com o dentista que me atende.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
12	Tenho confiança nos trabalhos que o dentista que me atende no posto faz.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
13	Quando outros profissionais da saúde ajudam o dentista que me atende no posto o resultado do tratamento é melhor.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
14	O trabalho do dentista que me atende no posto é de boa qualidade.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
15	Minhas necessidades de saúde bucal são resolvidas na mesma qualidade que o tratamento feito por um dentista particular.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
16	Os agentes comunitários de saúde fazem um trabalho importante para a comunidade.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
17	De maneira geral o posto onde sou atendido é limpo e organizado.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
18	Os equipamentos usados são bons e funcionam bem.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
19	O dentista que me atende no posto faz um bom trabalho, Independentemente do sistema político.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei
20	O tratamento com o dentista que me atende no posto é rápido.	Sim/ às vezes	Não/ nunca	Não sei

ANEXOS

ANEXO 1: Aprovação do COEP da Prefeitura de Belo Horizonte

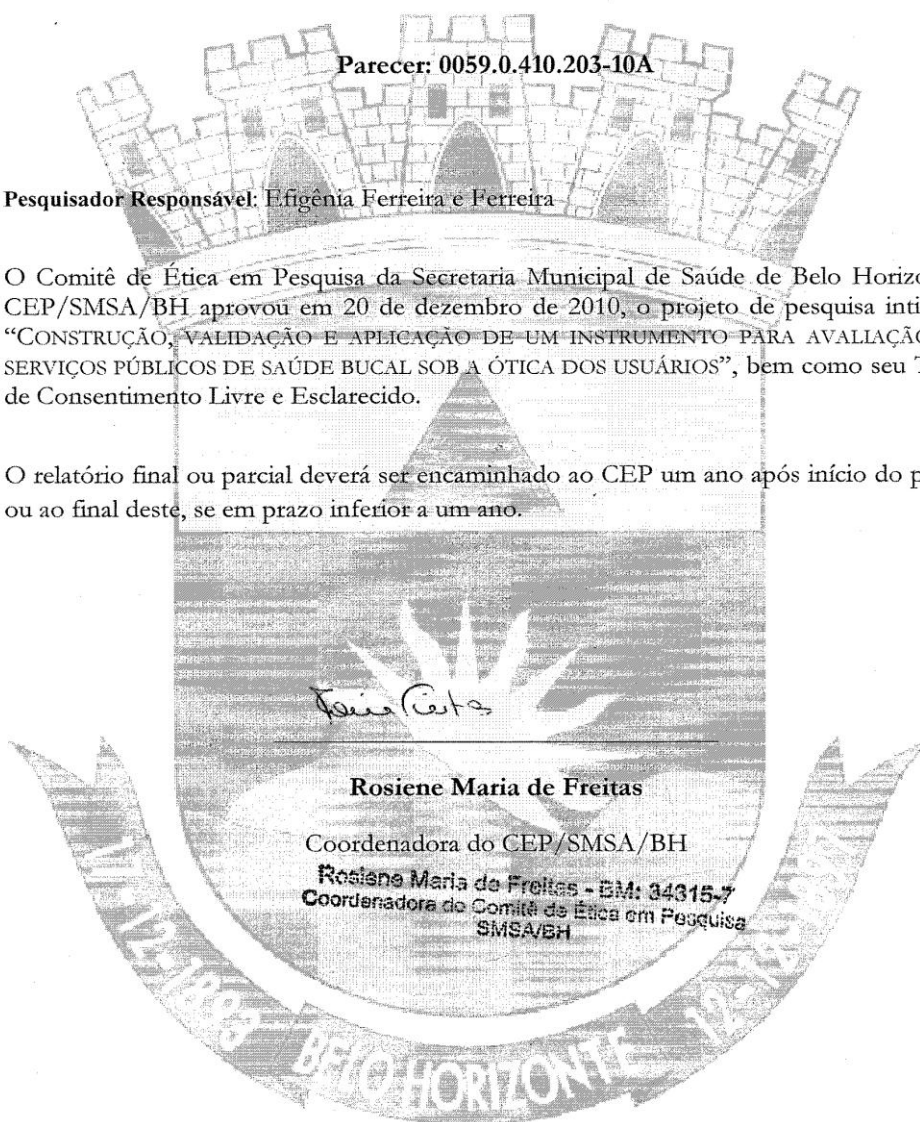
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0059.0.410.203-10A

Pesquisador Responsável: Efigênia Ferreira e Ferreira

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 20 de dezembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0059.0.410.203-10

Interessado(a): **Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira**
Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de março de 2011, o projeto de pesquisa intitulado **"Construção, validação e aplicação de um instrumento para avaliação dos serviços públicos de saúde bucal, na atenção primária sob a ótica do usuário."** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO 2 - Normas de publicação do periódico **Cadernos de Saúde Pública**

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a **Cadernos de Saúde Pública**.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios

clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- d) Nederlands Trial Register (NTR)
- e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios

para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de

dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de

transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader[®]. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO 2 - normas de publicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde. A política editorial da revista consiste em discutir esta área sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar. Antes de fazer a submissão de um manuscrito, recomenda-se a leitura e o atendimento das normas para publicação.

A revista aceita contribuições inéditas dos seguintes tipos:

Ensaio Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo. Tamanho: 6.000 a 10.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual em consonância com a linha editorial da revista. Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 1.500 palavras.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo, e enviadas para o endereço de email da revista (revtes@fiocruz.br). O manuscrito deve ser enviado com uma folha de rosto, onde constarão as seguintes informações: título com até 100 caracteres, incluindo espaços; nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso; endereço para correspondência e telefones do primeiro autor; nota biográfica com dados profissionais (cargo, filiação institucional, titulação, cidade e país) e e-mail do(s) autor(es). Artigos, ensaios, debates e relatos devem ainda conter um resumo em português e em inglês (*abstract*) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Em texto com dois ou mais autores, logo após as notas de fim, devem vir especificadas, de forma sucinta, as responsabilidades de cada autor na preparação do manuscrito.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações devem ser apresentados em arquivos separados, com instruções sobre o local em que devem

aparecer no texto. As referências devem ser feitas através de números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”. O número de figuras não deve ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada, e um espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* Diferentes títulos de um mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra em minúscula após a data (ex. 2010a, 2010b), tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio Sergio. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. *et al.* A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. Dissertação (Mestrado) - São Paulo, Faculdade de Medicina, USP, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa Cristina. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: Programa de DST-Aids/Coordenação de Doenças Transmissíveis/Superintendência de Saúde Coletiva - SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos)

Relatórios de atividades ou finais de reuniões

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

- a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.
- b. Com autoria: TOURAINE, Alan. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

- a. Texto em periódico eletrônico: SANTOS, Milton. Entrevista por José C. Leite. São Paulo, 1999. *Teoria e Debate*, 40. Disponível em: . Acesso em: 12 jul. 2001.
- b. Texto em jornal eletrônico: NAHMIAS, Michèle. Dans le pays en développement, l'évaluation des risques laisse à désirer. *Le Monde*, Paris, 2 jul. 2002. Disponível em: <http://www.lemonde.fr/recherche - resultts/1.9687,0.html>. Acesso em: 21 jul. 2002.
- c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): BRASIL. Ministério da Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de ensino técnico - área Saúde*, 2000. Disponível em: . Acesso em: 4 mar. 2002.

CD-ROM

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade - 1979 a 1996*. Brasília, 1997. 1 CD-ROM.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por até três pareceristas *ad hoc*. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores. Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista

não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que está indicado o contrário, ficam concedidos à revista os direitos autorais referentes aos trabalhos publicados, que não podem ser reproduzidos, sem a autorização expressa dos editores, em forma idêntica, resumida ou modificada, em português ou qualquer outro idioma. Os colaboradores manterão o direito de reutilizar o material publicado em futuras coletâneas de sua obra sem o pagamento de taxas à revista. A permissão para reedição ou tradução por terceiros do material publicado não será feita sem o consentimento do autor. A revista não se obriga a devolver os originais das colaborações enviadas. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Benefício dos autores

Após a publicação, os autores recebem dois exemplares do número da revista no qual o texto foi publicado.

Instruções para submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos exclusivamente por email: revtes@fiocruz.br

Não serão mais aceitos manuscritos recebidos por correio.

Para maiores informações, consultar os editores: revtes@fiocruz.br

Aceita-se permuta.