



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Fernanda Leitão Pacheco

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2012**

Fernanda Leitão Pacheco

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Linha de pesquisa: Planejamento e Avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde

**Orientadora: Prof^a Josimari Telino de Lacerda,
Dr^a**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pacheco, Fernanda Leitão

MODELO DE AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE [dissertação] / Fernanda
Leitão Pacheco ; orientadora, Josimari Telino de Lacerda -
Florianópolis, SC, 2012.
150 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Integralidade em saúde. 3.
Avaliação em saúde. 4. Sistemas de saúde. I. Lacerda,
Josimari Telino de. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

AGRADECIMENTOS

Às minhas amigas de coração Maria Carolina, Caro, Mariana e Cecília pela amizade e companheirismo essenciais neste percurso. Vocês são especiais!

À minha querida orientadora, Josimari Telino de Lacerda, pela acolhida desde o primeiro contato e por ter sido uma verdadeira mestre durante todos os momentos. Aprendi muito com você!

Aos professores Maria Cristina Calvo, Sérgio Freitas, Sonia Natal e Cláudia Colussi pelos ensinamentos e pelo carinho.

Aos professores Jefferson Luiz Traebert e Maria Cristina Marino Calvo pelas considerações valorosas.

À todos os especialistas que contribuíram para a construção desse modelo, participando das Oficinas de Consenso.

Muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

Este documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Atendendo as normas do curso, o presente trabalho está apresentado em duas partes:

Parte 1: Dissertação, incluindo introdução, objetivos, referencial teórico, metodologia, resultados, discussão, considerações finais e referências bibliográficas.

Parte 2: Artigo científico inédito, formatado e encaminhado para revista especializada na área de Saúde Coletiva. Nesse trabalho optou-se pela revista Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

A integralidade é fundamental na busca por uma atenção em saúde mais qualificada para a população e, portanto considerada um dos pilares do SUS. Mesmo com os inúmeros avanços do SUS pode-se considerar que dentre seus princípios o da integralidade talvez seja o menos visível no sistema e nas práticas, pois demanda novos arranjos organizacionais. Neste processo de rearranjo a gestão em saúde desempenha um papel fundamental tanto pela organização dos serviços quanto pela definição de prioridades. Este estudo desenvolveu um modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços tendo como lócus de aplicação a saúde bucal. Foi escolhida a área da saúde bucal pela condição historicamente conhecida de ser uma área que apresenta um processo tardio, em relação à integração e à oferta de serviços quando comparada às demais áreas da saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, o modelo proposto foi construído através de consultas a um grupo de especialistas em oficina de consenso. O resultado foi uma matriz composta por duas dimensões que representam os elementos essenciais para a integralidade na organização dos serviços. A matriz foi aplicada em vinte e quatro unidades de saúde pertencentes a quatro municípios de Santa Catarina. Como produto obteve-se uma matriz com dezoito indicadores e vinte e quatro medidas capazes de aferir se a gestão municipal propicia a integralidade na organização dos serviços. O modelo é passível de adaptações para aplicação em diferentes áreas profissionais uma vez que seus indicadores são relacionados à integralidade em saúde.

ABSTRACT

Comprehensiveness is important in the search for a more qualified health system for the population is therefore considered one of the principles of SUS. Even the many advances of the system, the comprehensiveness can be considered the least visible principle in the system and practices because demand a new organizational arrangements. In this rearrangement process the health management plays a fundamental role both for the organization of health services and setting priorities for the system. This study developed a model to evaluate the comprehensiveness services organization having as locus of application the oral health. This area was chosen as a proxy, once oral health is historically known to be an area that presents a late process in relation to the integration and provision of services when compared to other health areas. This is an evaluative study. The proposed model was developed and submitted a consensus workshop of experts. The model has two dimensions that represent the essential elements for comprehensiveness in the organization of health services. The matrix was applied in twenty-four primary health units from four municipalities of Santa Catarina. The model has eighteen indicators and twenty-four measures to gauge whether municipal management provides the full organization of services. The model can be adapted for use in different professional fields since their indicators are related to comprehensive health care.

LISTA DE SIGLAS

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
SES/SC - Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tratamento Completado

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** Matriz avaliativa da integralidade na organização dos serviços de saúde, segundo suas dimensões, subdimensões e indicadores. Dimensão 1 – Garantia de recursos 65
- Quadro 02** Matriz avaliativa da integralidade na organização dos serviços de saúde, segundo suas dimensões, subdimensões e indicadores. Dimensão 2 – Modelo Vigilância em saúde 75

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 Modelo teórico-lógico para a integralidade em saúde com foco na dimensão da organização dos serviços 60

Figura 02 Resultados do teste de aplicabilidade do modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços de saúde dos municípios analisados. 78

PARTE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

Figura 03 Modelo teórico-lógico para a integralidade em saúde com foco na dimensão da organização dos serviços 101

Figura 04 Matriz avaliativa da integralidade na organização dos serviços de saúde, segundo suas dimensões, subdimensões e indicadores. 104

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3. REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 Integralidade em Saúde.....	29
3.1.1 <i>Integralidade em Saúde na Dimensão da</i> <i>Organização dos Serviços</i>	35
3.1.2 <i>Saúde Bucal no Contexto do SUS</i>	45
3.1.3 <i>Saúde Bucal e a Integralidade na Organização</i> <i>dos Serviços</i>	47
3.2 Avaliação em Saúde	48
3.2.1 <i>Integralidade em Saúde no Campo da</i> <i>Avaliação</i>	52
4. METODOLOGIA	55
4.1 O Modelo Teórico-Lógico	55
4.2 Elaboração da Matriz Avaliativa	56
4.3 Teste de aplicabilidade da Matriz Avaliativa.....	57
4.4 Sistematização dos Dados e Escala de Valor	58
4.5 Aspectos Éticos	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 Modelo Teórico-Lógico	59
5.2 Matriz Avaliativa	63
5.3 Teste de Aplicabilidade do Modelo	76
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
PARTE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO	95
APÊNDICE	117

1. INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde definida pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, Cap. II art. 7º). O termo integralidade é considerado polissêmico devido aos seus muitos sentidos que vão além da oferta de serviços assistenciais. Os sentidos da integralidade podem ser divididos em três conjuntos: nas práticas dos profissionais quando estes se relacionam com sujeitos e não com doenças; na maneira como os serviços de saúde estão organizados de modo a apreender as necessidades do indivíduo e responder por elas com a tecnologia de valor necessária em todos os níveis de atenção; e na formulação de políticas que respondam por essas necessidades e que envolvam tanto ações intra-setoriais quanto intersetoriais (MATTOS, 2001).

A integralidade representa no contexto do SUS uma das características desejáveis para o sistema de saúde. Apesar dos inúmeros avanços nas duas últimas décadas pode-se considerar que, dentre seus princípios, o da integralidade talvez seja o menos visível, pois demanda novos arranjos organizacionais (MATTOS, 2001; GIOVANELLA *et al*, 2002; MATTOS, 2004).

Neste processo de rearranjo organizacional a gestão em saúde desempenha um papel fundamental tanto pela organização dos serviços quanto pela definição de prioridades para o sistema. Os gestores em saúde são responsáveis pela formulação de políticas, por gerir e prover os serviços de saúde, que garantam o acesso a ações que reduzam os riscos e respondam pela demanda da população. Portanto, estes atores devem adotar a integralidade como uma ferramenta para melhoria do sistema.

O foco deste trabalho é identificar a integralidade no eixo da organização dos serviços e a pergunta que orientou o desenvolvimento do estudo foi: a gestão municipal organiza os serviços de saúde na perspectiva da integralidade?

Para que os serviços de saúde estejam organizados nessa perspectiva é preciso que o processo de trabalho dos profissionais seja orientado e articulado nos três níveis de atenção com ações de promoção, prevenção e recuperação, adotando uma abordagem integral dos indivíduos e famílias (GIOVANELLA *et al*, 2002). Para tanto, a

organização do processo de trabalho precisa ser dinâmica, ou seja, organizada e reorganizada continuamente sempre visando a apreensão das necessidades dos indivíduos (MATTOS, 2001).

Ressalta-se que a organização dos serviços não consegue per si assegurar a integralidade da atenção, por não possuir o conjunto de recursos necessários para atender a totalidade das necessidades da população. Diante dos vários determinantes que influenciam no processo saúde-doença o setor de serviços de saúde torna-se insuficiente para responder tal complexidade. O propósito desta pesquisa é avaliar se os serviços de saúde apresentam na sua conformidade as características que podem favorecer uma atenção em saúde na perspectiva da integralidade.

O presente trabalho apesar de focar a integralidade na organização dos serviços não se restringirá a uma avaliação somente na lógica assistencial. Este trabalho concebe a integralidade no sentido mais amplo uma vez que o modo pelo qual se organizam os serviços é determinado e construído por pessoas que possuem seus valores, suas crenças e ideologias e também pelo contexto político e social que envolve esses atores. Ao se optar por avaliar os aspectos da organização dos serviços, entende-se que a conformação destes é um dos fatores que influenciam positiva ou negativamente nas práticas dos profissionais ao mesmo tempo que reflete as definições da política de saúde da gestão municipal.

A avaliação é uma estratégia que busca orientar os gestores no reconhecimento de determinada situação e na formulação de propostas para o seu aprimoramento. No caso deste trabalho essas propostas serão direcionadas à integralidade com foco na organização dos serviços de saúde. Quando se desenvolve um modelo de avaliação é interessante testá-lo para verificar sua aplicabilidade e reprodutibilidade. Nessa pesquisa o modelo de avaliação foi aplicado na área da saúde bucal. Esta foi escolhida pelas características organizativas da assistência odontológica no serviço público que em seu processo histórico caracterizou-se como uma atividade difusa, mutiladora e individualista. Uma prática marcada por limitada capacidade de responder pelas necessidades da população, com baixo impacto social e desconectada da realidade epidemiológica e social (ZILBOVICIUS, 2005; NARVAI, FRAZÃO, 2008). Ao longo das décadas do século XX a saúde bucal no sistema público apresentou pouca inserção no espaço político e organizacional que fica evidente nos indicadores epidemiológicos nacionais (MOYSES, GOES, 2012). Não há integralidade da atenção sem que a saúde bucal esteja contemplada. Desta forma pretende-se que

o modelo de avaliação proposto expresse o conjunto de atividades concernentes à organização dos serviços, na lógica da integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços.

2.2 Objetivos Específicos

- Eleger um modelo teórico para a integralidade em saúde.
- Elaborar um modelo lógico para avaliação da integralidade no eixo da organização dos serviços.
- Identificar indicadores e medidas apropriadas para a construção da matriz avaliativa.
- Aplicar o modelo desenvolvido tendo como *locus* a saúde bucal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Integralidade em Saúde

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi inserido no contexto brasileiro a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. A Constituição Cidadã estabelece um novo sistema de saúde que deveria ser organizado de modo a oferecer a população “o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). A integralidade em conjunto com os princípios doutrinários da universalidade e da equidade constituem o tripé que expressa o ideário da Reforma Sanitária (CECILIO, 2001). São esses três princípios que formam os pilares do sistema e que orientam as diretrizes organizacionais da descentralização da gestão, da participação da comunidade, da regionalização e a hierarquização dos serviços. O princípio da integralidade é regulado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990 que faz referência ao termo como a *integralidade da assistência*. A integralidade é definida nesta lei como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, Cap. II art.7º).

Para efetivação do propósito do SUS, o funcionamento e a conformação dos serviços de saúde precisa ocorrer na lógica das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde pois essas oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção (DA SILVA, 2011).

A noção de sistema e redes integradas surge do relatório *Dawson* publicado em 1920, na Inglaterra. Neste documento estava expresso que os serviços deveriam ser disponibilizados conforme as necessidades das pessoas e com articulação das ações preventivas e assistenciais (DA SILVA, 2011). No início do século XX houve uma expansão de políticas sociais e dos sistemas de saúde como forma de garantir o direito a assistência à saúde para a população. Como exemplo desse ideal de política, é estabelecido no Reino Unido em 1946, o *National Health Service* (NHS) com a responsabilidade de disponibilizar serviços completos e gratuitos para a população (CONNIL, 2004).

Na literatura internacional os termos correspondentes a integralidade estão relacionados à atenção primária em saúde, à

continuidade e à coordenação do cuidado dos serviços mediante sistemas integrados (GIOVANELLA *et al.*, 2002; PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2010). A atenção primária é propiciadora da integralidade por conter na sua concepção uma variedade de atividades e de elementos capazes de reconhecer os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dos indivíduos. Além de ser coordenadora e integradora dos demais níveis de atenção do sistema. Para um sistema ser considerado integral ele precisa apresentar tanto práticas sanitárias quanto sociais capazes de intervir nas diferentes dimensões do processo saúde doença e garantir a continuidade da atenção aos usuários (GIOVANELLA, *et al.*, 2002).

No Brasil, a realidade do sistema público anterior ao SUS não era essa. A conformação dos serviços públicos era baseada na assistência clínica organizada para atendimento aos trabalhadores formais contribuintes da Previdência Social. A organização do atendimento era focada no médico, com caráter individual, especializado e centrado no ambiente hospitalar (CAMPOS, 2003). O modelo de prática profissional vigente nesse modelo era decorrente do modelo biomédico adotado pelas escolas de formação médica dos Estados Unidos. Com foco na abordagem biologicista, este modelo chamado *flexneriano* orientava a formação dos profissionais desconectada à reflexão e compreensão dos fatores psicológicos e sociais do processo saúde-doença. Tal modelo caracterizava-se pela fragmentação do cuidado, focado na doença, lesão ou órgão, centralizado na figura do profissional médico, dependente de alta tecnologia, de intervenção medicamentosa e pautada nas especialidades.

Nessa mesma época, o sistema apresentava uma organização dicotomizada entre as ações preventivas de Saúde Pública e as ações assistenciais. As primeiras, de responsabilidade do Ministério da Saúde, eram identificadas pelos técnicos que avaliavam as necessidades mais comuns relacionadas à Saúde Pública. Já as ações assistenciais, de responsabilidade do Ministério da Previdência Social, eram formuladas a partir da demanda da população por meio do atendimento médico. Neste contexto não existia uma articulação de ações. Essa conformação também trouxe conseqüências para a organização e para as práticas de saúde. A assistência médica previdenciária estava centrada nos hospitais enquanto que as ações de Saúde Pública se voltavam aos centros de saúde. Conforme suas necessidades a população dirigia-se a unidades que ofereciam as ações relativas à sua demanda. As unidades eram organizadas com ações preventivas como imunização ou ações de programas verticalizados como a hanseníase e tuberculose (MATTOS, 2001). Sintetizando, a prática dos profissionais não era integral e o olhar

era focado na doença e no corpo fragmentado. Os serviços de saúde eram desarticulados sem oferta de ações preventivas em conjunto com as assistenciais. Contrapondo-se ao modelo de prática biologicista surgiu o movimento de Medicina Integral que se caracterizava pela recusa a reduzir o paciente ao limite biológico, inserindo a integralidade ao contexto da discussão (MATTOS, 2001). Além de mudanças nas práticas dos profissionais, algumas iniciativas de modificações na organização dos serviços de saúde começaram a surgir como o Programa de Atenção Integral Saúde da Mulher – PAISM e as Ações Integradas em Saúde – AIS. Essas iniciativas inseriam a integralidade no contexto, pois promoviam a integração entre as ações preventivas e assistenciais (PAIM; VIEIRA DA SILVA, 2010).

Nesse cenário o Brasil clamava por um novo sistema de saúde que atendesse as necessidades da população rompendo com a lógica fragmentadora e concebendo a saúde como direito dos cidadãos. Este era o discurso do movimento de Reforma Sanitária que criticava o sistema nacional de saúde e as práticas vigentes ainda pautadas no modelo *flexneriano*. A integralidade estava inserida na proposta de um novo sistema de saúde e contemplada sob quatro perspectivas. A primeira, é que o sistema deveria ofertar de forma integrada tanto ações de promoção, de proteção quanto de cura e reabilitação sendo estas conciliadas nos três níveis de prevenção. A segunda, na forma de atuação do profissional, cujo olhar seria ampliado e não voltado somente à dimensão biológica com necessária abrangência para o psicológico e o social. Na terceira, os serviços de saúde deveriam garantir a sua continuidade nos três níveis de atenção do sistema e por fim a articulação das ações intersetoriais na construção de políticas públicas que incidam sobre as condições de vida e dos determinantes de saúde e riscos de adoecimento da população (PAIM; VIEIRA DA SILVA, 2010). As reivindicações deste movimento serviram de base para a formulação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que foram inseridos na Constituição Federal de 1988. O SUS viria para romper com a lógica fragmentadora por meio de um sistema de saúde com princípios doutrinários e organizativos formulados para organizar um sistema capaz de responder pelos problemas da população concebendo a saúde como direito de cidadania.

O aporte legal aponta que a assistência dada pelo sistema de saúde deve ser integral no sentido de ofertar um conjunto de ações e de serviços com diferentes tecnologias de maneira a responder pelos problemas de saúde da população. Atribui os serviços de saúde como principal produtor dessas respostas. Nessa concepção perde-se a

perspectiva do conceito ampliado de saúde que atribui outros fatores como determinantes neste processo, como a construção de políticas públicas (NARVAI, 2005).

O que se reflete hoje acerca da integralidade transcende ao que orienta o aparato legal visto que esse responde por apenas uma parte do que se concebe a essa princípio. Na literatura brasileira é possível encontrar diferentes sentidos para a integralidade caracterizando-a como um termo de caráter polissêmico e de difícil definição única (PINHEIRO, 2001; CAMARGO JR, 2005).

Vários sentidos surgiram para dar novos significados ao termo e promover a reflexão e o aperfeiçoamento do sistema como um todo.

Desde a sua implementação o SUS obteve vários avanços como: a ampliação dos serviços assistenciais tanto na atenção básica quanto nos demais níveis, na qual proporcionaram a população maior acesso aos serviços do sistema; a descentralização da gestão, que atribuiu novas funções e mais autonomia aos municípios; a participação popular que ganhou aparato institucional e promoveu uma proximidade dos serviços com as necessidades da população e as iniciativas de implementação de novos modos de organização e práticas assistenciais. Esses são alguns aspectos cujo sistema mais progrediu, já a qualificação das práticas assistenciais e dos serviços não acompanhou na mesma velocidade fazendo com que o princípio da integralidade seja menos visível que os outros aspectos do sistema de saúde (GIOVANELLA *et al*, 2002; MATTOS, 2004). A menor visibilidade da integralidade talvez se dê pelo fato de que não seja possível visualizá-la ou materializá-la num espaço próprio como, por exemplo, a questão do controle social. A integralidade não faz parte de um único lugar, ela perpassa a construção de políticas de saúde, a organização dos programas e serviços de saúde, as práticas dos profissionais e o cuidado ao usuário (PAIM; VIEIRA DA SILVA, 2010).

Corroborando com este pensamento Mattos (2001) propõe três sentidos para a integralidade. O primeiro considera a integralidade como um atributo das práticas dos profissionais de saúde; o segundo refere-se aos atributos da organização dos serviços e o terceiro é relativo às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O primeiro sentido concebe que, através da sua prática, o profissional visualiza e reconhece o indivíduo em sua totalidade, nos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Para Magalhães Jr, (2006) este sentido é denominado de integralidade vertical na qual o profissional ao ter um olhar ampliado e integral sobre o indivíduo pode visualizar holisticamente suas necessidades. Desta forma seria possível

uma melhor apreensão das necessidades envolvidas no processo saúde-doença. No entanto, identificar e responder pelas necessidades pressupõe aos profissionais reconhecer que estas são social e historicamente determinadas. De acordo com Cecílio (2001) as necessidades dos indivíduos podem ser: traduções das condições e do modo de viver dessas pessoas; busca por um serviço de saúde e consumo de tecnologias que melhorem e prolonguem sua vida; necessidade de criar vínculo afetivo com um profissional do serviço; e por fim a necessidade do indivíduo de ter mais informação e de ter mais autonomia sobre sua vida. Uma prática integral não pode estar vinculada a uma redução do indivíduo a doença e de forma descontextualizada. É preciso ofertar o cuidado e ter a sensibilidade de reconhecer as diferentes necessidades dos indivíduos. Para reconhecê-las, tanto o profissional quanto a equipe devem prestar uma escuta qualificada das demandas apresentadas pelas pessoas e responder da melhor maneira possível por elas. As práticas precisam ser intersubjetivas nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos (MATTOS, 2004).

Reconhecer o indivíduo na sua totalidade, apreender a sua necessidade e colocar em prática um cuidado integral tem se mostrado um desafio para os profissionais e para a organização dos serviços de saúde, pois abrange questões que ultrapassam o saber técnico – científico. A construção de uma prática integral demanda novos olhares aos profissionais, tornando necessário o desenvolvimento de algumas habilidades como a capacidade de escuta, de diálogo e de percepção para agir e ofertar, de maneira coerente, o que é demandado pelo usuário. A oferta de ações deve estar afinada e contextualizada ao momento de cada encontro que ocorre entre profissionais e usuários (MATTOS, 2004). Dentro deste pensamento cabe pensar se os profissionais tem a possibilidade dos colocar em prática integralidade vertical no seu local de trabalho. Ou ainda questionarmos se ela é compreendida e/ou percebida como importante para os profissionais da saúde no exercício de suas práticas. Pode-se dizer que, numa primeira aproximação, o olhar crítico e reflexivo em relação à organização dos serviços são passos iniciais em busca da construção de um cuidado integral. As práticas de saúde e o modo como os profissionais atuam guarda uma relação com a organização dos serviços.

Esse entendimento nos remete ao segundo sentido que está voltado para a perspectiva da organização dos serviços. A integralidade se materializa nos serviços abertos e flexíveis para assimilar novos

arranjos que permitam aos profissionais ofertarem um cuidado integral no seu local de trabalho (MATTOS, 2001; SILVA *et al*, 2006).

De acordo com Mattos (2001) a conformação de serviços a partir de programas verticalizados e dissociados das práticas assistenciais fragmentam a abordagem dos indivíduos e conseqüentemente dificultam a apreensão de suas necessidades (MATTOS, 2001). Nesse sentido os serviços organizados na perspectiva da integralidade não são serviços engessados e sim serviços que asseguram uma organização contínua do processo de trabalho das equipes consoante as necessidades da população (MATTOS, 2001).

É no cotidiano dos serviços e na forma como eles se estruturam que podemos identificar se estes possibilitam ou dificultam a atuação dos profissionais na perspectiva da integralidade. A conformação dos serviços evidencia a orientação do modelo de atenção proposto pela gestão e materializa o tipo de cuidado ofertado à população. Conforme Campos (2003) para a efetivação de uma atenção integral são necessárias mudanças em duas perspectivas: na prática dos profissionais, já citadas, e na organização das instituições.

Os serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade apresentam oferta de ações que respondem pelas necessidades da população. A rede assistencial, na qual envolve todos os serviços de saúde, revela o suporte existente para responder pelas necessidades e/ou a deficiência de recursos do sistema. Para garantir a integralidade e atender as necessidades é preciso uma articulação entre os serviços das unidades de saúde e as diferentes tecnologias disponíveis na rede assistencial (PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2010). Os serviços precisam oferecer e combinar tecnologias de diferentes valores uma vez que as necessidades são distintas e variam de acordo com o momento que o indivíduo vive. Para Cecílio (2001) existem tecnologias que respondem por certas necessidades e que são ofertadas pelas equipes nas unidades de saúde, ao qual denomina integralidade micro. O mesmo autor considera ainda a existência de outras necessidades que demandam diferentes tecnologias não ofertadas pelos serviços de atenção básica, ao qual denomina integralidade macro. Por isso a integralidade micro, não conseguirá solucionar todos os problemas demandados por mais comprometidos que sejam os profissionais. Torna-se necessário que o sistema de saúde ofereça um aparato de serviços em outros níveis para garantir a finalização e a resolubilidade de determinada necessidade (CECÍLIO, 2001).

Percebe-se a relação de interdependência entre a integralidade micro com a integralidade macro proveniente de uma rede de serviços

de saúde. De acordo com Cecílio (2001) a integralidade vista no macro envolve, além do oferecimento das tecnologias provenientes de outros níveis de atenção, a execução de ações extrasetor saúde como uma forma de responder por necessidades de melhores condições de vida da população. Assim a articulação entre a integralidade micro e a macro resultaria na integralidade ampliada. Corroborando com este pensamento Narvai (2005) afirma que para alcançar a integralidade ampliada, à qual denomina de integralidade da atenção, seriam necessárias ações sobre todos os determinantes de saúde e doença, o que englobaria as ações intra e intersetoriais.

A saúde é influenciada por determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais por isso quando se fala em integralidade é preciso também abordar a questão das políticas de saúde que subsidiam a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Isto nos leva ao terceiro sentido atribuído ao termo proposto por Mattos (2001) que ressalta a integralidade como atributo que perpassa a construção de políticas desenhadas em resposta a necessidade de saúde de uma população. Nessa dimensão a integralidade pode ser vista como um atributo das respostas governamentais a certos problemas de saúde de um grupo específico. Comumente as políticas de saúde são construídas para grupos que apresentam determinadas condições de vida ou de saúde e muitas delas caracterizam-se pelo recorte dos indivíduos. A integralidade seria uma recusa em objetivar, recortar e descontextualizar os sujeitos sobre os quais uma política incide (MATTOS, 2001).

O governo deve responder por determinados problemas de saúde que afetam a população e essa resposta deve envolver tanto ações de prevenção e promoção quanto assistenciais para responder da forma mais adequada à necessidade dos indivíduos (MATTOS, 2001). A oferta dessas ações precisa ser capaz de captar os diferentes grupos que são atingidos pelas políticas e respeitar suas especificidades, entendendo que o contexto social influencia nos resultados dessas políticas. Portanto, é necessário construir políticas articuladas com outros setores para melhor responder pelos determinantes do processo saúde-doença (MATTOS, 2001; PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2010; SIQUEIRA, BUSSINGER, 2010; DA SILVA, 2011).

3.1.1 Integralidade na dimensão Organização dos Serviços

A proposta do SUS infere a necessidade de se organizar um modelo de atenção pautado no conceito ampliado de saúde e atribui um

importante papel para a atenção básica à saúde. A atenção básica ou atenção primária é entendida como:

“nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”. (STARFIELD, 2002 p.26)

A atenção básica é o nível de atenção à saúde em que se oferece um conjunto de ações que abrangem a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações tanto individuais quanto coletivas devem ser realizadas por uma equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. A atenção básica é responsável por responder pelos problemas de maior frequência e relevância pois considera a dinâmica social existente no local de atuação. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, da integralidade, da responsabilização, da equidade e da participação social. Considera o indivíduo na sua singularidade e complexidade buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças que possam comprometer seu modo de viver saudável (BRASIL, 2006).

A integralidade está inserida no nível da atenção básica e orienta a organização dos serviços em diferentes aspectos: a partir da integração de ações programáticas e a demanda espontânea; da articulação das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos; da vigilância à saúde; do tratamento e a reabilitação; do trabalho de forma interdisciplinar; e da coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006). Para organizar os serviços de maneira que a integralidade esteja permeada nas atividades e nas práticas é preciso adotar um modelo de atenção que apresente características capazes de orientar para uma concepção ampliada de saúde. Um modelo não é simplesmente uma forma de organização ou de administração de um sistema de saúde. De acordo com Teixeira (2003, p.260) o modelo “é uma forma de organizar as relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias utilizadas nos processos de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde”. Nesse sentido, para ofertar um modelo

de atenção integral é necessária uma reorientação das práticas profissionais e uma reorganização dos serviços (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Em relação às práticas profissionais para efetivar o princípio da integralidade, é preciso desconstruir e confrontar as práticas fundamentadas no modelo biomédico, que fragmentam tanto a organização do processo de trabalho quanto o usuário, que reduzem os sujeitos à doença, que objetivam suas necessidades e que não reconhecem o indivíduo na sua totalidade (ALVES, 2005; CUNHA; GIOVANELLA, 2010). Para a prestação de uma atenção integral é fundamental a qualificação técnica e científica dos profissionais para que esses sejam capazes de compreender e perceber a complexidade que envolve o processo saúde-doença. Os profissionais para desempenharem as ações de atribuição da atenção básica necessitam de uma formação qualificada que abrange os conhecimentos técnicos e científicos além de uma compreensão dos processos de organização da vida e o de entendimento que o adoecer não é decorrente somente de fatores biológicos (GONZALEZ, ALMEIDA, 2010).

A educação permanente é uma estratégia que proporciona uma reflexão sobre a organização dos serviços e pode contribuir à qualificação dos profissionais e de suas práticas. Nesse aspecto torna-se relevante lembrar a importância da educação permanente como política de formação e desenvolvimento para os profissionais e trabalhadores do SUS, visando promover e implementar mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais (TEIXEIRA, 2003; CECCIM; FERLA, 2006). A educação permanente apresenta um potencial de mediação, possibilita a discussão e a busca de soluções para as situações conflitantes vivenciadas no âmbito dos serviços e deve ser propiciada e aproveitada pelos profissionais. Conforme o documento do Ministério da Saúde a educação permanente é vista como uma atividade que “além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários” (BRASIL, 2011b)

O modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS exige uma mudança das práticas e atribui a atenção básica como nível de contato preferencial do usuário ao sistema. Por isso a organização dos serviços nesse nível na perspectiva da integralidade torna-se fundamental para garantir uma atenção em saúde de qualidade. Este princípio deve ser considerado principalmente para o sistema brasileiro que se compromete

com a universalidade (PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2006). Segundo Conill (2004) não seria interessante a população ter apenas acesso universal a um sistema com cuidados fragmentados e descontínuos, mas sim acesso a um sistema com cuidados integrais.

A integralidade está relacionada à qualidade dos serviços prestados à população que pode ser proporcionada por meio de iniciativas procedidas da organização dos serviços. Dentre elas podemos citar a Vigilância em Saúde como uma proposta de modelo que apresenta diferentes mecanismos dos quais podem contribuir para alcançar esse objetivo.

Essa proposta concebe a saúde de modo ampliado tendo como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença. A Vigilância em Saúde busca uma reorganização dos serviços locais de saúde a partir de uma proposta que focaliza nos pilares território, problemas e práticas (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). É definida como o acompanhamento, observação e análise permanentes da situação de saúde da população tendo como base de trabalho o território. Este espaço não somente geográfico permite o conhecimento da realidade por meio da identificação de problemas e prioridades que auxiliam no planejamento das equipes nas unidades de saúde (BRASIL, 2010).

Ao trabalhar com os pilares a proposta da Vigilância em Saúde indica para uma nova conformação dos serviços que possibilita maior capacidade de reconhecimento e de resposta pelas necessidades da população. Para a efetivação desse modelo é preciso estruturar os serviços locais de modo que os profissionais tenham mais possibilidades de apreender as necessidades dos indivíduos sob sua responsabilidade sanitária. A atuação dos profissionais precisa ser organizada a partir de um planejamento coerente à realidade local. O planejamento é uma atividade essencial para a organização dos serviços na perspectiva da integralidade (MANFREDINI, 2012; GIOVANELLA *et al*, 2002; CHAVES; VIEIRA DA SILVA, 2007; KANTORSKI, 2009; BRASIL, 2006). A implementação de políticas e serviços de saúde sem o conhecimento da realidade ou dos problemas a serem enfrentados tendem a ser pouco resolutivos, pois não trabalham com os problemas mais relevantes para a população.

O planejamento das ações promove uma atuação mais efetiva dos profissionais diferentemente da padronização de atenção com programas verticalizados. Com esse tipo de programação rígida corre-se o risco de perder a complexidade e as subjetividades das manifestações que ocorrem nos serviços locais (ANDRADE, FERREIRA, 2006). Desse modo os serviços organizados na perspectiva da integralidade não

são processos estáticos e definitivos e sim abertos para percepção de novas realidades para a construção de propostas coerentes à realidade.

O território fornece inúmeras informações e reflete as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da equipe. São informações que enriquecem a atuação das equipes e auxiliam no planejamento e na organização dos serviços. A partir do reconhecimento do contexto territorial é possível definir os problemas, as prioridades e obter os recursos adequados para atender as necessidades de saúde da população (CAMPOS, 2003). Além disso, a informação torna-se um importante elemento para o planejamento de ações tanto para os profissionais quanto para os gestores municipais e contribui para o monitoramento e avaliação das ações (VÉRAS, *et al*, 2007).

A coleta de dados é uma das atividades atribuídas aos profissionais das unidades de saúde. A utilização destes dados dependerá da coleta e da sua atualização contínua por meio de sistemas de informação. Constituem-se como desafios para o sistema a garantia da confiabilidade destas informações nos sistemas de informações e a construção de indicadores que envolvam aspectos sociais, de saúde e não somente de doenças (VÉRAS *et al*, 2007). Além destas dificuldades estão as diferentes concepções que os profissionais tem acerca da necessidade e da finalidade de coletar esses dados, que para muitos deles são desconhecidas. É necessário que os gestores e profissionais das equipes de saúde valorizem estas ações como parte do processo de trabalho, pois possibilitam o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de forma segura (GÓES, MOYSES, 2012). Portanto, é importante que esse planejamento seja contínuo e que a programação definida seja flexível, pois novas necessidades surgem, por exemplo, pelo reconhecimento do território de atuação e também pela demanda espontânea. Esta pode expressar para as equipes a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios ou necessidades que não foram percebidas pelos serviços (MATTOS, 2001; BRASIL, 2011).

Uma das maneiras de reconhecer as necessidades de saúde da população é envolvendo-a nas discussões sobre a organização dos serviços de saúde. As instituições de saúde reúnem diferentes atores sociais com diferentes perspectivas e interesses tornando esses espaços estratégicos para a construção de novas práticas integrais.

No cotidiano dos serviços de saúde é que as ações políticas se materializam e é neste espaço que as ações podem ser avaliadas e reconstruídas (PINHEIRO; LUZ, 2005). O reconhecimento de que existe essa potencialidade no âmbito dos serviços requer uma gestão que

reflete de forma crítica as características da sua própria organização. Isso envolve tanto aspectos de identificação das necessidades quanto na forma como os profissionais e os serviços respondem a essas demandas buscando o aprimoramento (PINHEIRO, *et al*, 2005). Desse modo a gestão requer “democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade” (PINHEIRO, LUZ, 2005 p.30). A gestão participativa é uma maneira de aperfeiçoar os serviços nessa perspectiva uma vez que reúne atores de diferentes entidades e instituições que em conjunto ajudam na identificação das necessidades e na construção de ações promotoras e de melhoria dos serviços locais (ANDRADE, FERREIRA, 2006; FERNANDEZ, MENDES, 2007). A existência de instâncias colegiadas, a realização de oficinas de trabalho para discussão de problemas e a definição de metas são mecanismos de ação de gestão partilhada e que favorecem a organização dos serviços na perspectiva da integralidade (GIOVANELLA *et al*, 2002).

A forma como ocorre a atenção aos usuários sofre influência da conformação do modelo de atenção da unidade de saúde. Uma atenção integral pode ser evidenciada sob alguns aspectos presentes nos serviços locais de saúde. Um desses aspectos é a abordagem dos usuários que procuram os serviços em busca de uma resposta para uma necessidade. A ideia do acolhimento é direcionada para este propósito e pode ser concebida como uma postura do profissional, como forma de organização dos serviços e como facilitador do acesso (BRASIL, 2011). O acolhimento como postura é expresso pela capacidade do profissional e da equipe em receber, escutar e tratar bem os usuários que procuram os serviços e isso ocorre pela escuta qualificada. O acolhimento como uma maneira de promover a reflexão para mudanças a respeito da organização dos serviços ocorre pelas necessidades que surgem na demanda espontânea que evidenciam que os serviços não as reconheceram anteriormente. Desse modo essas novas necessidades podem demandar novos arranjos organizacionais. O acolhimento pode ser concebido como técnica que instrumentaliza e facilita a definição de procedimentos e ações para responder às demandas, bem como classifica os riscos e proporciona um encaminhamento adequado (CAMARGO JUNIOR *et al*, 2008). O acolhimento remete à ideia de responsabilização dos serviços e dos profissionais de saúde em relação à população. Uma responsabilização não somente de caráter assistencial, mas também de promoção do cuidado e de escuta das diferentes

necessidades expressas pelos usuários que procuram os serviços. A atenção básica para se constituir como porta de entrada do sistema precisa ser uma “porta aberta” com capacidade de dar respostas “positivas” aos usuários (BRASIL, 2011).

A atenção básica preconiza que os profissionais estabeleçam uma relação de vínculo e responsabilização pela população adstrita. O vínculo é promovido pela longitudinalidade, ou seja, pelo acompanhamento feito pelo mesmo profissional e é considerada uma característica do nível de atenção básica (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Este acompanhamento proporciona a criação de laços afetivos, aumentando a responsabilização dos profissionais e possibilitando a construção de projetos que visem à autonomia do sujeito (CAMARGO JUNIOR *et al*, 2008). A aproximação permite o reconhecimento das necessidades do indivíduo e é proporcionada pelo tempo no qual o profissional está vinculado à comunidade.

A integralidade está presente nos serviços de saúde que articulam as atividades de promoção e prevenção com as curativas e reabilitadoras. Este conjunto de ações visa à atenção integral para resolução dos problemas de saúde de uma população dada a complexidade do processo saúde-doença. As atividades de promoção da saúde estão entre as atribuições dos profissionais da atenção básica. Precisam ser desenvolvidas por meio da construção de parcerias com a comunidade, com a promoção de ações de fortalecimento, empoderamento e autonomia do indivíduo e da comunidade. São atividades que extrapolam sua atuação para outros setores e que contribuem para a melhoria dos níveis de saúde. A gestão neste contexto precisa valorizar estas ações e tomar providências nesta direção no plano das políticas públicas. Aliada a promoção da saúde estão as atividades preventivas. Essas informam a população e estruturam as intervenções sobre um problema específico objetivando agir antes do acontecimento de uma necessidade de saúde (GIOVANELLA *et al*, 2002). A primazia das atividades de promoção e prevenção, em relação aos demais tipos de ações, evidencia uma gestão que apresenta como eixo condutor do modelo de atenção um direcionamento para além do fator assistencial, pois busca pela melhoria das condições de vida dos indivíduos (GIOVANELLA *et al*, 2002).

As ações de promoção e prevenção permitem ao longo do processo, um aumento da consciência sanitária dos indivíduos o que pode intensificar a participação dos mesmos na definição de prioridades (CAMPOS, 2003). Portanto, a educação e a informação para a saúde

são fundamentais no cotidiano dos serviços e possibilitam maior autonomia aos sujeitos.

Aliadas às atividades de prevenção e promoção estão as ações curativas e reabilitadoras que completam a gama de atividades a serem ofertadas à população de maneira a propiciar a integralidade. As demandas assistenciais e reabilitadoras devem ser garantidas pelos serviços, porém estas ações não devem ser a única oferta de resposta para as necessidades dos indivíduos (MATTOS, 2001; PINHEIRO et al, 2005; PAIM E VIEIRA DA SILVA, 2010). Estas atividades precisam estar articuladas às de promoção e prevenção para caracterizar o caráter integral.

Os indivíduos ao procurarem os serviços de saúde buscam obter respostas para as suas necessidades, sendo que cada nível de atenção deve promover, dentro da sua capacidade, a resolução destas demandas. Portanto, a resolubilidade tanto da atenção básica como nos demais níveis é um aspecto a ser considerado para os serviços que estão organizados na perspectiva da integralidade. A atenção básica deve ser responsável pela resolução de pelo menos 80% das demandas dos usuários. Uma melhor organização da atenção básica promove uma maior resolubilidade e um melhor desempenho do sistema como um todo, pois gera menos encaminhamentos e contribui para um planejamento dos recursos a serem alocados nos serviços que são necessários a população (FRANCO, MAGALHÃES JR, 2007). Além da organização é necessário profissionais com visão ampliada do processo saúde doença e com qualificação técnica e científica adequada.

De modo a colaborar para a construção de mudanças nas práticas atribui-se um importante papel ao trabalho em equipe de forma interdisciplinar. Conforme Cecílio (2001) a integralidade pretendida, ou seja, a qualificação da atenção será mais facilmente alcançada com o esforço de uma equipe multiprofissional. Se a melhor maneira de identificar e ofertar respostas para as necessidades do indivíduo é vê-lo na sua totalidade, sem fragmentá-lo, o projeto terapêutico proposto não pode ser feito somente por um profissional. A união de diferentes saberes e a incorporação de novos profissionais amplia a apreensão e possibilita uma melhor resposta (NIQUINI *et al*, 2010). Os profissionais isolados são limitados para dar conta do amplo espectro de demandas apresentadas pelos indivíduos que procuram os serviços de saúde. Por isso o trabalho interdisciplinar se coloca como fundamental para captação e execução de ações capazes de responder pelas necessidades dos sujeitos. A possibilidade de trabalhar de maneira interdisciplinar também vai repercutir na organização dos serviços, que precisará sofrer

rearranjos que propiciem esta integração de profissionais. Essa compreensão exige uma nova formação dos profissionais para que esses entendam a importância de um trabalho em equipe e das questões relacionais entre diferentes profissões, para construir ações na perspectiva da integralidade. Nesse sentido a formação também é algo que a gestão deve atentar quando organiza os serviços de saúde comprometidos com a integralidade. Para a construção de uma assistência voltada ao usuário os momentos que propiciam o encontro entre os profissionais, como a educação permanente e as reuniões de equipe, precisam ser aproveitados como espaços para o estabelecimento do diálogo e troca (MACHADO *et al.*, 2007).

Além da qualificação dos serviços no nível da atenção básica é preciso garantir a continuidade da assistência para responder pelas necessidades. Por mais que os serviços da atenção básica tenham elementos que qualificam as ações de saúde e por mais competente que a equipe possa ser a integralidade não será alcançada, pois existe uma dependência de serviços em outros níveis (CECILIO, 2001). Nesse aspecto existe a necessidade de superar uma gestão, que por deficiência de recursos locais focaliza somente na atenção básica, para uma gestão que pactua com demais municípios na construção de redes assistenciais mais resolutivas (MACHADO, *et al.*, 2007).

A integralidade pressupõe que o Sistema garanta os serviços necessários para a população nos três níveis de atenção e que estes serviços de diferentes complexidades estejam articulados na perspectiva de uma rede que funcione de forma organizada e harmônica. Mesmo sabendo que somente as ações intrasetor saúde não conseguem responder pela amplitude das demandas da população, a disponibilidade de serviços de saúde é parte indispensável para que a população tenha seguramente uma resposta para sua demanda.

O SUS foi estruturado para que seu funcionamento ocorra em rede e para isso ele precisa disponibilizar serviços com diferentes tecnologias para responder pelos problemas da população (DA SILVA, 2011). A oferta de serviços nos diferentes níveis do sistema é definida pelos processos de hierarquização e regionalização. Pelo primeiro se entende que cada nível ofertará um conjunto de procedimentos com diferentes recursos tecnológicos, o segundo se refere aos serviços oferecidos em determinado território que possa dar resposta às necessidades da população que ali vive (MATTOS, 2007). O funcionamento destes processos depende de fluxos bem estabelecidos entre os gestores e de mecanismos de referência e contra-referência estabelecidos por pactuações. Para que estes processos, de

hierarquização e regionalização, sejam pactuados na perspectiva da integralidade a oferta de serviços precisa ser adequada conforme as necessidades de cada município. Para efetivação deste propósito a utilização das informações referentes aos locais onde as práticas ocorrem possibilitam o planejamento e a oferta de serviços de acordo com as necessidades expressas pela realidade de determinada região. Para organização dos serviços o planejamento e as decisões precisam considerar as realidades locais com suas características biológicas e socioculturais para alcance da integralidade.

Consoante a este pensamento Ceccim e Ferla (2006) afirmam que a utilização da epidemiologia e das informações coletadas pelas equipes são aspectos relevantes dos quais geram subsídios para o planejamento. Esses aspectos precisam ser considerados quando se organizam os serviços nos diferentes níveis de atenção. Além disso, as informações precisariam ser integradas em sistemas acessíveis aos diferentes profissionais e de todos os níveis a fim de possibilitar uma atuação profissional mais abrangente e voltada para a integralidade. O acesso as informações facilita e proporciona o diálogo entre os profissionais e equipes envolvidos nos atendimentos (SILVA JUNIOR *et al.*, 2006) . Essa integração é importante, pois exprime a necessidade de que os demais níveis se reconheçam como parte da rede e como participantes do processo terapêutico do indivíduo. Mesmo em níveis de maior complexidade os profissionais deveriam pensar no acolhimento, no vínculo e na responsabilização pelos usuários estabelecendo uma interlocução com os demais pontos da rede (CAMARGO JUNIOR *et al* 2008). Isso remete que a atenção básica pode ser um local privilegiado para a integralidade, porém não é o único que deve pensar nela, afinal a integralidade é o objetivo da rede. Por isso, os profissionais que trabalham nos demais níveis de atenção precisariam também ser sensibilizados quanto à importância deste princípio. (CECÍLIO, 2001).

Para complementar a organização dos serviços está a regulação como atividade que guarda uma relação com outras ações da gestão, tais como o planejamento e a programação assistencial, o processo de regionalização bem como as ações de monitoramento e avaliação. Desse modo as centrais de regulação/complexos reguladores são importantes mecanismos para garantir a integralidade no âmbito da organização dos serviços (SIQUEIRA, BUSSINGER, 2010).

3.1.2 Saúde bucal no contexto do SUS

A saúde bucal historicamente apresenta um processo tardio, em relação à integração e à oferta de serviços quando comparada às áreas da enfermagem e medicina. Ao longo das décadas do século XX a saúde bucal no sistema público apresentou pouca inserção no espaço político e organizacional que fica evidente nos indicadores epidemiológicos nacionais (MOYSES, GOES, 2012). O reflexo deste pouco espaço fez com que a saúde bucal fosse debatida com vista a incorporá-la no sistema e fortalecer a noção de que essa não é uma área isolada do campo da saúde. Neste sentido, se a saúde bucal é parte integrante e representa uma das dimensões das necessidades sociais da população, é preciso que exista a implementação de ações de promoção e assistência nesta área (NARVAI, FRAZÃO, 2008). A importância da participação da odontologia nos serviços básicos de saúde foi foco de discussão na VII Conferência Nacional de Saúde onde os membros participantes descreveram o modelo de prática e assistência odontológica como ineficaz, ineficiente, descoordenada, mal distribuída, com baixa cobertura e de enfoque curativista (BRASIL, 1980).

Apesar da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 1986, ter conjecturado a saúde bucal como parte integrante da saúde, a sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcada por entraves e incoerências (ZILBOVICIUS, 2005). Devido à conformação da assistência odontológica e a inexistência de serviços especializados, a saúde bucal foi caracterizada como uma atividade liberal, difusa, mutiladora e individualista. Além de ser uma prática marcada por limitada capacidade de responder pelas necessidades da população, com baixo impacto social e desconectada da realidade epidemiológica e social da nação. Essas atribuições são referentes ao modo como a saúde bucal era, ou ainda é, vista pela sociedade brasileira levantando a necessidade de que o modelo de atenção precisa ser repensado e construído sob uma nova concepção de saúde bucal que integre os princípios do SUS (ZILBOVICIUS, 2005).

A 2ª CNSB realizada em 1993 trouxe algumas considerações em relação à saúde bucal no SUS, dentre elas destacam-se que os municípios deveriam garantir o atendimento odontológico especializado em ambulatórios de especialidades através de um sistema de referência e contra referência, e que diante da insuficiência de estrutura o atendimento poderia ser viabilizado por meio de consórcios intermunicipais (BRASIL, 1993). Isso reflete a necessidade de serviços especializados para responder pelas demandas de saúde bucal. Na 10ª

Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996 também ocorre uma menção para a saúde bucal. No item *Atenção Integral à Saúde* algumas ações de saúde bucal foram levantadas como: os gestores deveriam prover a fluoretação das águas de abastecimento, a priorização de ações preventivas e a atuação das equipes de forma multidisciplinar (CNS, 1996). Este documento então mostra que os gestores precisariam organizar e incluir ações “integrals” nos serviços de saúde bucal.

A 3ª CNSB realizada em 2004 relacionou as condições de saúde bucal como um dos sinais de exclusão social e enfatizou para a reversão do quadro a necessidade de formular políticas intersetoriais, integrar ações preventivas, curativas, reabilitadoras e de promoção, bem como atentar à questão da universalização do acesso e do compromisso do Estado com instituições das três esferas de governo (GOES, MOYSES, 2012).

Algumas ações vêm sendo feitas no sentido de qualificar a atenção em saúde bucal dentro do sistema de saúde brasileiro. Iniciativas como a inserção de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a oferta de novos serviços odontológicos mostram a preocupação em oferecer uma atenção em saúde bucal integral para a população. A ESF formulada pelo governo federal visando reorganizar a atenção básica no SUS embora tenha sido implementada em 1994, incluiu a saúde bucal somente em 2001 por meio da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000). Inicialmente a proporção de equipes de saúde bucal não condizia com o número de equipes de Saúde da Família minimizando um processo de trabalho coerente com a lógica da estratégia. A PNSB ou “Brasil Sorridente” decorrente de uma discussão de várias décadas foi lançada somente em 2004 como uma resposta do Estado brasileiro para a questão da saúde bucal (GÓES, MOYSES, 2012). O documento estabelece as diretrizes para reorganização dos serviços de saúde bucal em todos os níveis do sistema e apresenta como um dos seus pressupostos a integralidade da atenção (BRASIL, 2004). Com sua implementação houve uma expansão das equipes de saúde bucal na ESF, um maior incentivo a fluoretação das águas de abastecimento, um aumento de repasses federais para estruturação de serviços de média e alta complexidade por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO (PUCCA, 2009). Com a implantação destes centros passaram a ser oferecidos pelo SUS serviços em outros níveis de assistência além da atenção básica e isso contribuiu para a integralidade dos serviços odontológicos. A lenta trajetória que a saúde bucal percorreu até o surgimento da política de

saúde bucal evidencia que o processo é difícil e está em constante construção.

3.1.3 Saúde Bucal e a Integralidade na Organização dos Serviços

A saúde bucal no sistema público tem um histórico de organização dos serviços reconhecidamente caracterizado como excludente e pouco integral baseado no curativismo. Com a inserção das equipes de saúde bucal na ESF a partir de 2001, um novo modelo de atenção é preconizado com o intuito de reorganizar os serviços e qualificar a atenção (BRASIL, 2000). Desde a aprovação da PNSB houve um aumento do número de equipes de saúde bucal na atenção básica e a oferta de serviços especializados na área vem crescendo em todo o país. Apesar desses avanços muitas práticas de atenção à saúde bucal não sofreram modificações (SOUZA, RONCALLI, 2007).

É importante ressaltar que não é coerente pensar num modelo somente para a saúde bucal, pois essa é integrante da saúde e nenhuma forma de organização ou modelo de atenção deve ser estruturado de forma desvinculada das demais áreas (NARVAI, FRAZÃO, 2008). Portanto, não existe uma integralidade própria da saúde bucal e sim integralidade em saúde na qual está subentendida a sua inclusão.

A PNSB traz diretrizes quanto ao processo de organização das ações e dos serviços, no entanto alguns estudos mostram que a qualificação da atenção em saúde bucal ainda apresenta fragilidades e limitações no que se refere a construção de uma atenção integral. Alguns estudos revelam as características organizacionais das ações de saúde bucal comumente encontradas nas unidades de saúde que revelam essa situação.

Em relação a integralidade na atuação dos profissionais os estudos mostram práticas centradas na queixa biológica do usuário reduzindo-o à doença, a falta de conhecimento do território e da situação de saúde da sua área de atuação revelam o olhar pouco ampliado dos profissionais (PEREIRA *et al* 2003; CAMURÇA, 2010).

O estudo realizado por Queiroz *et al* (2010) avaliou um programa de promoção da saúde realizado por líderes de uma pastoral de saúde. Os autores encontraram que o conteúdo de saúde bucal estava contemplado na metodologia do programa de forma articulada denotando um olhar ampliado. Os autores ressaltaram que as propostas educativas em saúde bucal quando construídas de maneira isolada e desconectada das demais áreas estas ferem tanto o princípio da promoção da saúde quanto o da integralidade

Diante de populações específicas como os portadores de Síndrome de *Down* e os diabéticos estudos revelam que poucos profissionais de outras áreas percebem a saúde bucal como uma necessidade nesses indivíduos, o que denota a não concepção do indivíduo na sua totalidade e a falta de reconhecimento das suas diferentes necessidades (SILVA *et al.* 2010; OLIVEIRA *et al.*,2008).

No sentido da organização dos serviços os estudos mostram que o trabalho da saúde bucal está organizado de forma fragmentada e com pouca integração entre os profissionais das unidades de saúde. Um dos aspectos que refletem a desvinculação das demais áreas é a existência de prontuários não unificados (SILVA *et al* 2010; SANTOS, ASSIS, 2006;). Os estudos também evidenciam a inexistência de acolhimento nas unidades muitas delegando a função para a recepção e unidades de saúde que não garantem retornos para continuidade e resolubilidade dos casos odontológicos SANTOS, ASSIS, 2006; PEREIRA *et al*, 2003). A falta de recursos humanos em proporção adequada também é citada como fator que impede a criação do vínculo e da diminuição de consultas o que dificulta o acesso aos serviços odontológicos (SANTOS, ASSIS, 2006)

Percebe-se que a saúde bucal apresenta fragilidades que podem ser vistas na organização do processo de trabalho e nas práticas dos profissionais. Em relação ao processo de trabalho a área encontra-se ainda pouco integrada as demais, o desconhecimento do território e a falta de planejamento são comuns nas equipes e as atividades educativas se concentram nos escolares desprivilegiando os demais grupos; a deficiência de materiais e de estrutura também se faz presente e o acesso aos demais. Essas características ressaltam a baixa qualificação da atenção em saúde bucal bem como a debilidade dos serviços especializados que revelam a baixa resolubilidade e continuidade dos serviços.

3.2 Avaliação em Saúde

A avaliação vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde e pode ser vista como “uma prática sistemática de organizações e setores da sociedade (...) e como resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução que envolve e onde interagem inúmeras influências” (GUBA, LINCOLN, 1989 *apud* FIGUEIRO *et al.*, 2010 p:3)

São reconhecidas quatro gerações de avaliação. A primeira delas foi a que se estabeleceu entre o período de 1910 e 1930

apresentando os estudantes como objeto a ser avaliado e baseava-se na construção de instrumentos que pudessem medir a capacidade intelectual dos escolares. A segunda geração marcou o começo da avaliação de programas, sendo o avaliador visto como um descritor. Essa nova abordagem surgiu da necessidade de avaliar se os objetivos dos currículos escolares estavam sendo alcançados. A terceira geração deu início ao uso do julgamento nas avaliações, a partir disso o avaliador não apenas descrevia, mas emitia um juízo de valor baseado em padrões externos. E por fim a avaliação de quarta geração que surgiu na década de 1980 tendo como precursores os autores Guba e Lincoln, é caracterizada como uma avaliação responsiva construtivista, cujos parâmetros e limites são negociados com os interessados de forma participativa e dialogada (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Na literatura estão presentes diferentes definições para o termo avaliação, no entanto, estas sempre relacionam o ato de avaliar com a emissão de um juízo de valor à algo ou a uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.* 2002; WORTHEN *et al.* 2004). No setor saúde a finalidade da avaliação é a de auxiliar na tomada de decisões. Além desta, a avaliação apresenta outros quatro objetivos que são:

- a) estratégico: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- b) formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
- c) somativo: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida;
- d) fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002 p.34).

Além desses a avaliação pode apresentar outros objetivos como: a avaliação para a realização de julgamentos, para facilitar o seu desenvolvimento e para a contribuição com o conhecimento (PATTON 1997 apud VIEIRA DA SILVA, 2005).

A avaliação é um processo crítico-reflexivo sobre os processos desenvolvidos e que busca o aprimoramento das intervenções em saúde, sejam elas programas, serviços ou ações. Para tanto é preciso que ela faça parte do cotidiano dos profissionais e institucionalizada no âmbito dos serviços. Dessa maneira as ações de monitoramento e avaliação se

tornariam intrínsecas e subsidiariam o planejamento e a gestão dos serviços, devendo fazer parte do rol de atividades dos gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2005; FELISBERTO, 2004). A própria Política Nacional da Atenção Básica traz a avaliação e o monitoramento como ações a serem realizadas e elaboradas pelos profissionais e em todas as esferas de governo (BRASIL, 2006).

É preciso esclarecer a diferenciação entre o monitoramento e a avaliação. O monitoramento refere-se ao acompanhamento sistemático de dados em um período de tempo capaz de fornecer uma informação acerca do que está sendo acompanhado. Já a avaliação utiliza a informação proveniente do monitoramento ou não para investigar o porquê de determinada mudança, ou seja, não utiliza somente o dado em si, mas considera que esta mudança teve influencia de outros fatores e faz um julgamento a partir de uma pergunta avaliativa (VIEIRA DA SILVA, 2005; FIGUEIRÓ *et al*, 2010).

A pergunta avaliativa é parte essencial para a orientação da avaliação sendo que o seu processo de construção vai variar conforme a pergunta e o objeto a ser avaliado, por isso:

“cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição dos níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões” (VIEIRA DA SILVA, 2005 p.20 e 21)

Existem diferentes possibilidades para estabelecimento do juízo de valor nas avaliações. A avaliação normativa pressupõe a emissão de um juízo de valor (julgamento) baseado em critérios e normas pré-definidas. A emissão do juízo de valor também pode ser realizada por meio de um procedimento científico chamado de pesquisa avaliativa. A pesquisa avaliativa faz o julgamento de uma ação analisando, além dos aspectos normativos, as relações e o contexto que interferem na ação avaliada (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2000). Acrescenta-se ainda que a pesquisa avaliativa envolve o julgamento de uma prática social a partir de uma pergunta (avaliativa) e apropriando-se de um método científico (VIEIRA DA SILVA, 2005; FIGUEIRÓ, 2010).

A avaliação é uma ação de caráter científico e como tal exige em todo seu processo avaliativo o percurso de algumas etapas: a primeira consiste na aproximação do objeto a ser avaliado e a construção do modelo teórico-lógico; a segunda é a construção da

matriz avaliativa; a terceira é a validação da matriz; e por fim a aplicação do modelo e emissão de juízo de valor (MEDINA *et al*, 2005).

O primeiro contato com o objeto de avaliação permite ao avaliador conhecer determinada realidade por meio da teoria. Essa realidade, que é representada pela teoria específica do objeto, inclui os componentes essenciais do que vai ser avaliado, na qual se denomina modelo lógico. Este modelo deve incluir os componentes essenciais ao programa, os serviços relacionados, as práticas requeridas e os resultados esperados (MEDINA *et al*, 2005).

Este modelo mostra de forma racional a lógica do objeto, porém este objeto é envolto de um contexto. É preciso desenvolver também um modelo que apresente toda essa complexidade envolvida, de forma plausível, convincente e orientado por uma teoria (MEDINA *et al*, 2005). Este desenho é chamado de modelo teórico, e o conjunto modelo teórico-lógico “retrata a forma como o avaliador vê o objeto que está sendo por ele avaliado” (CALVO *et al*, 2012 p.188)

A partir do modelo teórico-lógico é possível formular a matriz avaliativa, onde se apresenta em sua composição os elementos indispensáveis a serem considerados na avaliação do objeto. São eles: os critérios e indicadores e as medidas. Os critérios e indicadores devem expressar características do objeto e devem apresentar aspectos desejáveis como sensibilidade, confiabilidade e facilidade de obtenção e expressar corretamente o fenômeno investigado. Já as medidas são as formas de mensuração dessas características, que podem ser modificadas conforme o surgimento de mudanças. A definição destes elementos da matriz pode ser proveniente de diferentes fontes, como de metas pactuadas, da legislação, ou da própria literatura, no entanto muitos desses elementos, principalmente os parâmetros, são construídos pelo avaliador (CALVO *et al*, 2012). A construção do modelo avaliativo é proveniente do olhar do avaliador sobre o objeto e a escolha dos elementos da matriz também evidencia essa lógica. Desse modo a definição dos elementos nem sempre é unânime e por isso não deve se restringir ao grupo que realiza a avaliação, sendo necessário lançar mão de técnicas de consenso para validar os seus componentes e proporcionar maior legitimidade ao processo avaliativo (MEDINA *et al*, 2005). Nas pesquisas avaliativas em saúde tradicionalmente são utilizadas técnicas para obtenção de consenso que são empregadas para discussão de um assunto no qual não se tem uma unanimidade de opinião (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2011). Esse processo de discussão enriquece a avaliação e proporciona o aprimoramento do modelo.

Após a definição dos elementos da matriz procede-se a aplicação do instrumento, a coleta e a análise dos dados para então realizar a emissão do juízo de valor. Este ajuizamento é fundamentado nos conhecimentos necessários sobre o objeto a partir de critérios pré-estabelecidos (CALVO *et al*, 2012). É importante ressaltar que qualquer emissão de juízo de valor expressa também uma visão de mundo, pois a dimensão subjetiva está intrínseca ao processo de avaliação (MEDINA *et al*, 2005).

3.2.1 A integralidade no campo da Avaliação

Embora os estudos de avaliação tenham se tornado cada vez mais frequentes, são poucas as avaliações com emissão de juízo de valor e que tenham como objeto de estudo o princípio da integralidade (CONILL, 2004). Devido ao significado amplo que a integralidade representa e pela sua importância para o sistema brasileiro seria interessante transformar este princípio em conceitos operacionais capazes de avaliar sistemas de saúde (SILVA JUNIOR *et al*, 2006). Além disso, justifica-se considerar a integralidade na avaliação da qualidade do cuidado como relevante, especialmente para sistemas de saúde direcionados para uma política de atenção básica (CONILL, 2004).

Conill (2004) fez um levantamento de estudos avaliativos que procuraram identificar o significado da integralidade nas práticas e nos sistemas de saúde de diferentes países incluindo o Brasil. A integralidade expressa em outros países está mais relacionada ao desenvolvimento do sistema. No Reino Unido, à época do estudo, uma maior atenção para a integralidade se voltava à melhoria do acesso e ampliação de oferta variada de serviços. No Canadá o foco está voltado para a questão da atuação profissional na dimensão familiar, na gama de serviços oferecidos e na continuidade e coordenação destes. Já no contexto brasileiro existe uma concepção ampliada para além dos fatores já citados, acrescentando-se outros como o cuidado prestado e a gestão, considerados pontos determinantes para a integralidade. Além desses aspectos estão contempladas outras características que conforme Camargo Jr (2008) representam e traduzem a integralidade na atenção básica dentre elas: o acolhimento, o vínculo/responsabilização e a qualidade da atenção.

No nível da atenção básica os profissionais de saúde devem desempenhar diferentes ações preconizadas pelo Ministério da Saúde que são construídas com o objetivo de ofertar a população ações

pautadas na integralidade. Alguns estudos se propuseram a avaliar programas cujas ações devam ser integradas com o objetivo de verificar se esses programas concretizam ou não o princípio da integralidade.

Os estudos avaliativos de Niquini et al (2010), Ferraz e Nemes (2009) e Souza e Roncalli (2007) verificaram que o aspecto de garantia de recursos das unidades de saúde dificulta o desempenho dos profissionais na perspectiva da integralidade. Foram citados os fatores como a falta de estrutura física adequada, carência de material de consumo e espaço para atividades educativas e a deficiência de quantitativo de profissionais como obstáculos para efetivar a integralidade. A falta de mecanismos de referência e contra-referência bem estruturados e ausência de uma estruturação dos serviços em rede também são citados como fatores impeditivos para a integralidade das ações da atenção (NIQUINI et al 2010; FERRAZ, NEMES, 2009; TAVARES *et al*, (2009); LESSA, VETTORE, 2009; SAMICO et al 2005;).

No aspecto de organização da assistência os estudos revelam que as ações do nível da atenção básica são organizadas com predomínio de ações curativas em relação às ações de prevenção e promoção, com enfoque majoritariamente individual, revelam a ausência de trabalho em equipe e a pouca ênfase dos profissionais nas atividades de prevenção (FERRAZ, NEMES, 2009; TAVARES *et al*, 2009; SAMICO *et al* 2005). Além destes aspectos o estudo de Kantorski *et al*, (2009) apontou para a questão do acesso aos demais níveis de assistência associado ao longo período de espera pelo exame e a inexistência do acolhimento nos serviços.

A integralidade também foi foco de algumas avaliações relativas à formação acadêmica na área de medicina e na área da enfermagem. Os estudos mostraram a necessidade e a importância de um processo formativo pautado na integralidade uma vez que determinam o desenvolvimento de competências e habilidades para a prática profissional. Os autores apontam para as atividades interdisciplinares como meios de direcionar os acadêmicos a uma formação voltada para a integralidade (AGUIAR, RIBEIRO, 2010; SANTOS, LEITE, 2010).

Em estudo de avaliação com emissão de juízo de valor Giovanella e colaboradores (2002) apresentam uma proposta de modelo para avaliar sistemas municipais de saúde quanto à integralidade. Para os autores a integralidade estaria contemplada em sistemas organizados a partir de quatro premissas: sistemas que priorizam as ações de promoção e prevenção; que garantam a atenção nos três níveis de

complexidade; que articulam ações de promoção, prevenção e reabilitação e que tenham abordagem integral do indivíduo e famílias (GIOVANELLA *et al*, 2002).

Chaves e Vieira da Silva (2007) avaliaram o processo de descentralização da atenção à saúde para verificar a influência deste processo na reorganização dos serviços odontológicos. As autoras verificaram que o planejamento e a programação não fazem parte do cotidiano das unidades de saúde nos dois municípios avaliados sendo que nestes as reuniões de equipe não acontecem. Outro estudo avaliativo em relação à gestão foi verificada uma deficiência de qualidade e quantidade de dados sobre saúde bucal disponíveis nos sistemas de informação sendo que estes são importantes para instrumentalizar a gestão e auxiliar na tomada de decisão (NICKEL, 2008). Corroborando com este achado Lessa e Vettore (2010) ressaltam a importância da realização de avaliações agregando documentos e utilizando os sistemas de informação para contribuir no aprimoramento dos serviços.

No aspecto organizacional os estudos revelam aspectos que inibem a integralidade como: a rotatividade dos profissionais que dificulta a criação do vínculo, a dificuldade no acesso aos serviços pela grande demanda (ANDRADE FERREIRA, 2006). Esse achado é semelhante ao estudo de Chaves e Vieira da Silva (2007) que verificaram a grande demanda que é agravada pela ausência do acolhimento nas unidades de saúde, porém constataram a falta de elaboração de estratégias da gestão para contornar essa situação. Outro importante achado foi o desconhecimento dos usuários em relação a existência da odontologia na unidade de saúde o que revela a desconexão desta com o serviço local denotando a fragilidade da integralidade nestes serviços (ANDRADE FERREIRA, 2006).

Colussi (2010) desenvolveu um modelo para avaliar a qualidade da atenção básica em saúde bucal. A autora avaliou a área a partir da dimensão da gestão que envolvia aspectos relacionados à atuação intersetorial, a participação popular, infraestrutura e recursos humanos e avaliou também na dimensão do provimento considerando a integralidade e a universalidade a partir da oferta de ações de prevenção e promoção nos diferentes ciclos de vida. Os melhores desempenhos foram obtidos nos indicadores referentes à dimensão da gestão do que na dimensão de provimento. Dentre as atividades de provimento as ações de promoção e prevenção apresentaram resultados piores do que as ações de diagnóstico e tratamento. O modelo proposto se mostrou eficaz podendo ser utilizado para auxiliar os gestores nas propostas de melhorias dos serviços de saúde bucal.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que teve como objetivo desenvolver um modelo para avaliar a integralidade na organização dos serviços aplicando-o na saúde bucal. A escolha da área da saúde bucal se deu pelo fato de ser uma área historicamente pouco organizada na perspectiva da integralidade. O objeto de avaliação desta pesquisa é a integralidade em saúde na dimensão da organização dos serviços. O modelo proposto é orientado aos aspectos organizacionais de responsabilidade da gestão municipal e não para avaliar a atuação dos profissionais dos serviços de saúde. A pergunta avaliativa que orientou esta pesquisa foi: a gestão municipal organiza os serviços na perspectiva da integralidade?

A construção do modelo de avaliação incluiu três etapas: a definição do modelo teórico-lógico, a elaboração da matriz avaliativa e o teste de aplicabilidade do modelo.

4.1 O modelo Teórico-Lógico

Para a definição do modelo teórico-lógico foi realizada uma revisão bibliográfica que propiciou uma aproximação das diferentes concepções teóricas da integralidade existentes em saúde. Foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME/OPAS/OMS (Lilacs e Scielo). Para a coleta dos artigos utilizou-se o termo integralidade vinculado a um ou mais dos seguintes termos: gestão, serviços de saúde, saúde bucal, atenção básica e avaliação em saúde. Dentre os artigos publicados entre janeiro de 2000 e julho de 2011 foram excluídos, a partir da leitura do resumo, os textos que tratavam somente da opinião ou percepção dos usuários e profissionais, os relacionados a uma categoria profissional específica exceto quando abordava a saúde bucal, e os que tratavam da dinâmica de instituições como hospitais, ambulatórios, centros de atenção psicossocial e universidades. A partir destes critérios foram selecionados 67 artigos lidos na íntegra com foco na dimensão organização dos serviços. Desses, 36 foram selecionados para a revisão. O critério de inclusão utilizado nessa etapa foi apresentar aspectos relacionados a atenção básica como: acolhimento, interdisciplinaridade, continuidade, vigilância em saúde, vínculo, formação, educação permanente, gestão participativa, referencia e contra-referência, regulação e promoção da saúde. Foram igualmente consultados livros brasileiros relacionados à

temática da integralidade em saúde dos quais foram selecionados 24 capítulos. Após a leitura e sistematização dos aspectos de interesse da pesquisa foram eleitos elementos para a construção do modelo teórico. O modelo teórico-lógico desenvolvido é composto por elementos capazes de traduzir a integralidade na dimensão organização dos serviços de saúde. Tal modelo foi submetido à apreciação de especialistas da área de avaliação e discutido em seminários acadêmicos do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva bem como da banca de qualificação.

4.2 Elaboração da Matriz Avaliativa

A segunda etapa consistiu no desenvolvimento de uma proposta de matriz com indicadores e medidas que traduzem a integralidade na organização dos serviços. A revisão de literatura realizada para definição do modelo teórico-lógico também permitiu a identificação dos indicadores, com posterior elaboração de medidas específicas para a saúde bucal. Uma vez definida a matriz optou-se por submetê-la a um grupo de especialistas por meio de uma oficina de consenso. A técnica de consenso escolhida foi a Técnica *Delphi*. Para sua operacionalização a técnica requer três condições básicas: o anonimato dos respondentes, a representação estatística dos resultados conforme as rodadas da oficina, e o retorno das respostas ao grupo de participantes em cada rodada efetuada (MARTINO, 1993 apud ONOCKO CAMPOS *et al* 2011). A eleição dos especialistas se deu à partir de suas publicações e experiência profissional nas áreas temáticas: integralidade em saúde, avaliação em saúde e saúde bucal. Foram selecionados treze especialistas convidados a participar do estudo via correio eletrônico através de uma carta que explicava o objetivo da pesquisa e o processo metodológico da técnica de consenso eleita (Apêndice A). Participaram das análises nove especialistas, dentre eles cinco professores doutores e quatro doutorandos. Os especialistas receberam via correio eletrônico a proposta da matriz avaliativa para análise. A análise ocorreu no período de janeiro a março de 2012, totalizando três momentos até a finalização e obtenção do consenso. Os especialistas concordaram com todos os indicadores. As considerações e mudanças sugeridas se limitaram às medidas propostas. A quantidade inicial de indicadores permaneceu a mesma desde o início da oficina e o número de medidas aumentou em virtude das sugestões dos especialistas (Apêndice B).

4.3 Teste de aplicabilidade da matriz avaliativa

Após o término da técnica de consenso com a validação dos componentes da matriz optou-se por testar a aplicabilidade do modelo. Foram elaborados dois questionários para coleta das informações junto aos municípios com questões abertas e fechadas. O primeiro questionário foi formulado para a Coordenação de Saúde Bucal com questões referentes à estruturação e aos serviços ofertados pelo município (Apêndice C). O segundo questionário foi desenvolvido para ser respondido pelo cirurgião dentista da unidade de saúde com questões sobre a organização local dos serviços (Apêndice D). Este questionário foi testado em quatro unidades de saúde pertencentes ao município de Florianópolis. O objetivo do teste foi verificar como o instrumento se comportaria numa primeira abordagem, para identificar possíveis erros de formulação bem como se as questões estavam claras e objetivas. Os profissionais foram orientados a avaliar cada questão e emitir sua opinião tanto positiva quanto negativa. As sugestões foram acatadas e o instrumento aprimorado.

Após as modificações os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora em quatro municípios da Região do Vale do Rio Itajaí: Balneário Camboriú, Bombinhas, Itapema e Porto Belo. Estes municípios foram escolhidos, por comporem uma mesma região de saúde e no ano de 2011 apresentarem bom desempenho na avaliação da atenção básica desenvolvida e realizada pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC). A proximidade do local de residência da pesquisadora e a facilidade do acesso também foram elementos que orientaram a escolha do teste de aplicabilidade da matriz avaliativa. Participaram da coleta os quatro coordenadores de saúde bucal e todas as vinte e quatro unidades de saúde que apresentavam serviços de saúde bucal nos municípios eleitos.

Para a coleta foram realizados contatos telefônicos com os secretários municipais de saúde com posterior envio da proposta de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Após a confirmação dos aceites os cirurgiões dentistas das unidades de saúde dos municípios foram contatados pela pesquisadora para o agendamento da visita de aplicação do questionário. Cada visita à unidade teve duração aproximada de 45 minutos entre o tempo de espera até o preenchimento do questionário. Todas as despesas com deslocamento foram arcadas pela pesquisadora.

4.4 Sistematização dos dados e escala de valor

Após a coleta os dados foram sistematizados e analisados em planilha *Excel*, seguindo a ordenação da matriz avaliativa. As variáveis se apresentam em escala nominal e discreta. As variáveis nominais referem-se a aspectos gerais do município onde a resposta avaliativa expressa ausência ou presença do item avaliado. As variáveis discretas expressam o número de Unidades de Saúde que apresentavam o item de interesse da pesquisa e foram transformadas em percentual. Para definição da escala de valor foi estabelecido o critério de notas. As medidas cujos resultados eram expressos em percentual tiveram esse valor automaticamente transformado para a escala decimal, representando a nota. Nas medidas dicotômicas foi atribuída nota dez para as respostas satisfatórias e zero para não satisfatórias dependendo do contexto da medida.

Os valores para os indicadores, subdimensões e dimensões foram estabelecidos a partir da média das notas obtidas em cada etapa anterior. A nota dos indicadores se deu a partir da média dos valores das medidas; a das subdimensões à partir da média dos valores obtidos pelos indicadores correspondentes e a nota das dimensões a partir da média das subdimensões. O ajuizamento da gestão municipal ocorreu pelo consolidado dos resultados das duas dimensões, seguindo a mesma regra. Como critério de classificação para emissão do juízo de valor foi definido o padrão de distribuição quartil. O município que atingiu nota igual ou superior ao terceiro quartil (7,5) foi considerado BOM, para o município com nota igual ou abaixo do segundo quartil (5,0) RUIM e para os demais valores REGULARES.

4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa obedeceu a todos os preceitos éticos necessários ao desenvolvimento de um estudo envolvendo seres humanos expressos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o protocolo nº 2165/11.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa estão apresentados em três blocos: o modelo teórico-lógico, a matriz avaliativa e o teste de aplicabilidade.

5.1 Modelo teórico- lógico

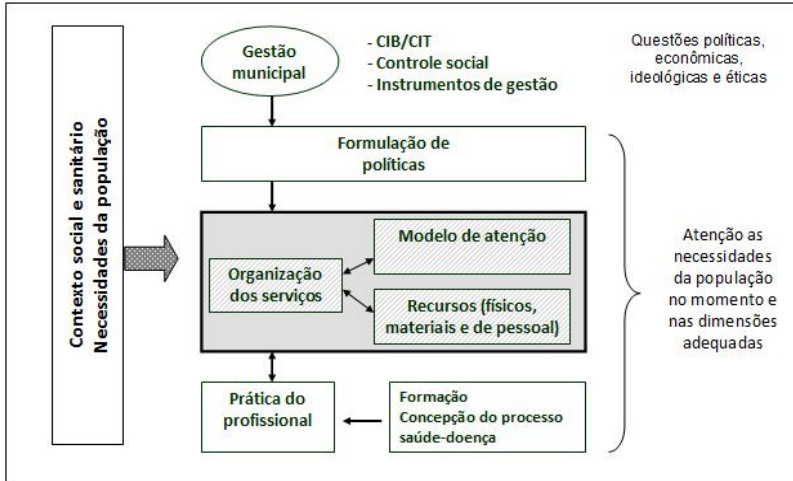
O modelo teórico-lógico de avaliação da integralidade desenvolvido no presente estudo está representado no diagrama da Figura 01. Ele engloba elementos diretamente relacionados ao objeto do estudo e aspectos externos que exercem influência sobre o mesmo e que serão descritos na seqüência.

O modelo de gestão adotado pelo SUS preconiza a descentralização, o que confere maior autonomia e responsabilidade aos gestores municipais para cumprimento de suas atribuições conforme a realidade local. O objetivo do Sistema é proporcionar um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários para a população, com a conformação e a definição desses serviços realizados por meio de discussões com diferentes atores sociais.

O gestor municipal está inserido em um contexto que envolve questões políticas, econômicas, ideológicas e éticas que influenciam suas decisões. Essas decisões são discutidas e pactuadas em instâncias de articulação entre outros gestores, tais como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e nas instâncias de participação social, tais como Conselhos e Conferências. As pactuações definidas são expressas em instrumentos de gestão planejados e adaptados consoantes às metas e propostas do mandato político. Instrumentos de gestão como: a Lei de Diretrizes Orçamentárias, que define prioridades de gastos; o Plano Plurianual que determina as metas de cada governo; o Plano Diretor de Investimentos, que identifica as prioridades e cria estratégias de investimentos; e a Programação Pactuada e Integrada que aloca os recursos, definem os fluxos assistenciais e os limites financeiros. As decisões tomadas a partir desses instrumentos repercutem tanto na estruturação dos serviços quanto nos aspectos de adequação física e material e de recursos humanos que compõem os serviços de saúde do Sistema (BRASIL, 2003). Compete à gestão em saúde adotar uma postura estratégica, dialógica e de articulação e pactuação com os diversos atores envolvidos na produção de saúde. Cabe ainda analisar a viabilidade e factibilidade

das intervenções propostas de forma a garantir saúde à população sob sua responsabilidade (PASSOS, 2012).

Figura 01. Modelo teórico-lógico para a integralidade em saúde com foco na dimensão da organização dos serviços.



É reconhecido que as necessidades se modificam e que a inclusão de novas demandas na agenda política é determinada por diferentes atores com diferentes interesses (MATTOS, 2005). O gestor no centro desta arena de negociações precisa organizar os serviços de saúde e formular políticas que respondam pelas necessidades da população sob sua responsabilidade. Para tanto necessita considerar o contexto social e epidemiológico da população para exercer suas funções de forma coerente aos princípios do SUS, dentre eles a integralidade.

A integralidade, como um dos princípios doutrinários do SUS, propõe a qualificação da atenção em saúde de modo que se atenda às necessidades da população. O sistema de saúde precisa dispor de mecanismos que respondam pelas necessidades onde a integralidade está contemplada em pelo menos quatro perspectivas. A primeira é que o Sistema deve ofertar de forma integrada ações de promoção, de proteção, de cura e de reabilitação conciliadas nos três níveis de atenção. A segunda, na forma de atuação do profissional, cujo olhar deve ser ampliado, com necessária abrangência para o psicológico e o social e

não voltado somente à dimensão biológica. Na terceira, os serviços de saúde devem garantir a sua continuidade nos três níveis de atenção do sistema e por fim a articulação das ações intersetoriais na construção de políticas públicas que incidam sobre as condições de vida e dos determinantes de saúde e riscos de adoecimento da população (PAIM, VIEIRA DA SILVA, 2010). Desse modo, a integralidade pode ser vista como um conjunto de características desejáveis para o Sistema e que incidem em três dimensões: na formulação das políticas públicas, na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais (MATTOS, 2001).

Na primeira dimensão, a integralidade deve estar contemplada na construção de políticas voltadas para a qualidade de vida da população e que considerem na sua formulação os determinantes sociais, políticos e econômicos. Tais políticas orientam a atuação da gestão no período e definem programas e ações que orientam a conformação e organização dos serviços de saúde e influenciam a atuação dos profissionais no exercício da integralidade. Políticas pautadas na integralidade são políticas que contemplam ações assistenciais e preventivas e que não reduzem o indivíduo à doença considerando o contexto social como fator que influencia na magnitude das doenças (MATTOS, 2005).

Na dimensão organização dos serviços a integralidade está expressa num modelo de atenção que rompe com a lógica biologicista e fragmentada. Está presente nos serviços que articulam ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, com garantia de atenção nos três níveis do sistema, centrado na abordagem familiar e priorizando atividades de promoção e prevenção (GIOVANELLA *et al*, 2002).

Na dimensão das práticas, a integralidade está presente quando o profissional visualiza o indivíduo em sua totalidade, evitando o reducionismo à doença e ou aos aspectos biológicos envolvidos no processo do adoecimento. A prática profissional é influenciada pela dimensão organizacional. Faz-se necessário serviços de saúde organizados de forma a permitir que o profissional possa exercer o olhar ampliado acerca do indivíduo e do território. Isso auxilia na identificação dos fatores de risco e/ou proteção à saúde e possibilita uma atuação sobre os mesmos. No entanto, sabe-se que a prática dos profissionais é influenciada por outros fatores e que a organização dos serviços per si não garante a prática integral. A formação acadêmica e sua concepção sobre o processo saúde-doença são alguns fatores que direcionam o olhar do profissional e a sua conduta, que pode ou não ser pautada na integralidade.

O presente modelo de avaliação tem como objeto a integralidade na organização dos serviços por conceber que essa dimensão permite analisar aspectos das demais dimensões uma vez que reflete as políticas desenvolvidas pelos gestores e influenciam diretamente a prática dos profissionais. de acordo com Pinheiro e Luz (2005) o agir cotidiano das instituições está expresso nos serviços, é o "espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de organização de produção/reprodução da vida coletiva" (PINHEIRO, LUZ, 2005: p.19). Por outro lado, a forma como os serviços estão organizados determina o perfil de assistência que se oferece, pois influencia na prática dos profissionais que tendem a seguir a lógica determinada pela gestão (CAMARGO JR, *et al*, 2006). A organização dos serviços denota o olhar do gestor em relação ao que é compreendido como importante no setor saúde e como consequência os profissionais seguem a lógica proposta.

Na perspectiva da integralidade os serviços de saúde devem estar organizados de forma a possibilitar a adoção de um modelo de atenção e de uma abordagem profissional voltados para o conceito ampliado de saúde. Deste modo a organização de qualquer ação e/ou serviço precisa considerar o indivíduo como parte de uma família, da comunidade, do sistema local, do ambiente (CAMPOS, 2003). A proposta da vigilância em saúde caminha nesta direção, pois contempla na sua concepção uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença e busca uma reorganização dos serviços (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

O modelo de vigilância em saúde orienta a atuação dos profissionais na lógica da integralidade e recomenda a adoção de algumas estratégias e instrumentos de trabalho. O reconhecimento do território de atuação auxilia na definição das prioridades e no planejamento de ações voltadas para as necessidades da comunidade. A gestão participativa potencializa o reconhecimento dessas necessidades, pois aproxima e promove uma relação dialógica entre profissionais e comunidade. A educação permanente dos profissionais auxilia no processo de reflexão e aprimoramento dos serviços prestados para a população conforme a realidade local. Este modelo propõe, portanto, uma abordagem diferenciada que contemple aspectos além dos biológicos e assistenciais e uma nova conformação dos serviços. Desse modo os serviços precisam contemplar ações de promoção e prevenção articuladas às ações assistenciais. Além disso, precisam garantir a resolubilidade de acordo com a capacidade de resolução de seu nível de atenção e acolher os usuários que procuram os serviços por alguma

necessidade. O vínculo profissional promove uma maior integração com a comunidade e uma maior apreensão das necessidades e o trabalho interdisciplinar que ao unir os diferentes saberes contribui para uma melhor resposta pelos problemas detectados.

Articulada a uma atenção básica orientada para a Vigilância em Saúde tem-se a oferta de recursos que precisam ser garantidos para a efetivação da integralidade. A gestão municipal precisa prover condições, ou seja, garantir recursos para que os profissionais possam responder pelas necessidades da população e possam organizar os serviços locais que contemplem os elementos da vigilância em saúde. A presença de profissionais qualificados que entendam o processo saúde-doença de maneira ampliada é importante para possibilitar uma organização dos serviços na perspectiva da integralidade. A cobertura de profissionais auxilia na atuação desses, pois permite uma organização de ações coerentes com a lógica da integralidade e evita a sobrecarga dos profissionais. A adequação da estrutura física permite aos profissionais desempenharem suas atribuições e organizarem suas ações. O acesso e a integração da informação dos diferentes profissionais do Sistema, fornecidos pelos sistemas de informação, são ferramentas que auxiliam no planejamento de ações e possibilitam uma visão abrangente do indivíduo. A presença de serviços de referência para a continuidade da assistência e de serviços de apoio diagnóstico são aspectos que contemplam a integralidade nos diferentes níveis de atenção do sistema. Portanto, a presença da regulação é importante, pois guarda uma relação com outras ações da gestão como o planejamento e a programação assistencial, com o processo de regionalização e com as ações de monitoramento e avaliação. Desse modo as centrais de regulação/complexos reguladores são importantes para garantir a integralidade no âmbito da organização dos serviços (SIQUEIRA, BUSSINGER, 2010).

5.2 Matriz Avaliativa

A matriz avaliativa apresenta a seguinte conformação: duas dimensões, a primeira chamada de Garantia de Recursos e a segunda chamada de Modelo Vigilância em Saúde, cada uma delas com quatro subdimensões e nove indicadores (Quadros 01 e 02). Os indicadores são características são relativos à integralidade em saúde e algumas das medidas são relativas à saúde bucal.

***1ª Dimensão* GARANTIA DE RECURSOS**

Essa dimensão foi concebida como parte essencial quando se pensa em organizar os serviços na perspectiva da integralidade. Cabe ao gestor municipal prover as condições necessárias para estruturar um sistema de serviços nessa lógica. Foram propostas quatro subdimensões: **Recursos Humanos, Infraestrutura, Informação e Apoio e Regulação.**

Os **Recursos Humanos** são fundamentais, pois são estes atores que possibilitam a construção de modelos de atenção voltados para a integralidade. É importante que sejam profissionais qualificados e em proporção adequada, expresso nos dois indicadores propostos: *'Qualificação' e 'Cobertura'*.

O indicador *'Qualificação'* evidencia que a formação dos profissionais precisa ser coerente ao contexto do SUS, ou seja, que compreenda a complexidade e o caráter abrangente do processo saúde-doença e das ações a serem desempenhadas, bem como o conhecimento dos serviços onde atua. Nessa perspectiva a qualificação voltada para a área da saúde pública permite aos profissionais uma melhor compreensão do processo saúde doença e potencializa suas ações no sentido de organizar, planejar e avaliar as ações consoantes ao modelo de vigilância em saúde. A aferição desse indicador se deu pelo número de *cirurgiões dentistas com pós-graduação na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou Saúde da Família*. A presença de profissionais qualificados na área é uma forma de sensibilizar os demais profissionais quanto à necessidade de pensar em novas formas de organização dos serviços. Portanto, quanto mais profissionais com formação na área maiores são as chances de ocorrer mudanças nessa perspectiva.

O indicador *'Cobertura'* revela que a relação de número de profissionais de saúde e população a ser atendida influencia diretamente no potencial de organização dos serviços pautado na integralidade. Para os profissionais trabalharem na lógica da vigilância em saúde eles precisam desempenhar uma série de ações e atividades que exigem uma organização e adequação para que possam ser ofertados serviços de qualidade à população. A insuficiência de recursos humanos pode comprometer a realização de certas atividades por sobrecarga da demanda por atenção curativa (CONNIL, 2004). De maneira a não ocorrer essa sobrecarga é preciso que os profissionais sejam responsáveis por um número delimitado de pessoas seguindo um parâmetro considerado adequado. A medida proposta foi relação de profissionais por população com o seguinte parâmetro: *relação de 1 cirurgião dentista para até 4000 habitantes*. A saúde bucal deve

organizar suas ações na mesma lógica dos demais profissionais. A equipe deve ter a mesma população sob sua responsabilidade.

A **Infraestrutura** é um importante aspecto para dar suporte físico e recursos para os profissionais atuarem consoantes ao modelo de atenção da vigilância em saúde. São três os indicadores propostos para a subdimensão: *'Adequação da estrutura física', 'Disponibilidade' e 'Complexidade'*.

A *'Adequação da estrutura física'* das unidades pode ser vista como um fator facilitador para a mudança das práticas, pois a condição destes espaços influencia na organização dos serviços. O modelo da vigilância em saúde preconiza atividades fora do espaço ambulatorial. O gestor deve proporcionar unidades de saúde adequadas para o bom desempenho das equipes. A medida eleita para avaliar esse indicador foi *existência de espaço reservado para reunião e/ou atividades educativas das equipes*. De acordo com as especificações e recomendações do manual de estrutura física do Ministério da Saúde todas as unidades devem ter na planta física um espaço para realização de reuniões e/ou atividades educativas (BRASIL, 2008). A escolha por esses espaços como medida se deu em função de que são ambientes que contribuem para a realização de ações pautadas na integralidade. A garantia de espaços adequados para o exercício profissional para além da abordagem clínica e individual reflete a preocupação da gestão em organizar serviços na perspectiva da integralidade.

Serviços organizados na perspectiva da integralidade precisam responder pela demanda da população no momento em que ela necessita. Para o cumprimento do princípio de integralidade é preciso organizar serviços que respondam à demanda da população no momento em que ela necessitar. Por esse motivo elegeu-se o indicador *'Disponibilidade'*. Conforme Mattos (2007), a estruturação dos serviços ofertados pelo município muitas vezes é incompatível com o contexto de vida social na qual os usuários estão inseridos. A gestão que se preocupa com a integralidade deve organizar ações e serviços compatíveis com as necessidades de saúde dos indivíduos e disponíveis em momentos que eles possam acessá-los. A medida proposta foi *existência de unidade de pronto atendimento ou unidade de saúde com atendimento odontológico no 3º turno*.

O indicador *'Complexidade'* procura expressar a relação da integralidade com a continuidade da assistência e pressupõe a articulação das ações nos diferentes níveis de atenção para a resolução das demandas dos usuários (SILVA JR, *et al.* 2006). A oferta de serviços nos demais níveis deve atender a todas as pessoas

independentemente da faixa etária. O Sistema conta com uma extensa relação de especialidades nas diferentes áreas profissionais. Na saúde bucal a oferta de serviços especializados passou a receber maiores incentivos a partir de 2003 com a regulamentação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A *existência de serviço de referência para reabilitação protética (próprio/conveniado/contratado)* foi eleita a medida de aferição do indicador. A escolha pela reabilitação protética se deu pelo fato de não ser requisito mínimo para a implantação de um CEO, ter recursos de financiamento disponíveis e por ser uma especialidade que reabilita a população adulta e idosa que historicamente foi excluída dos serviços de saúde bucal. A existência de referência deste serviço para a população do município reflete a preocupação do gestor em ofertar serviços não obrigatórios, mas necessários para uma assistência integral.

A Informação integrada e atualizada permite um olhar ampliado e auxilia no planejamento de ações e na visualização de aspectos relacionados à população. Para esta subdimensão foram propostos dois indicadores: *‘Atualização da informação’* e *‘Integração da informação’*.

O primeiro indicador *‘Atualização da informação’* procura refletir a organização do sistema de informação, que é um instrumento importante para a equipe garantir a integralidade na organização dos serviços. Os dados coletados pelas equipes durante seu processo de trabalho geram informações importantes que deveriam ser utilizadas para o planejamento de ações. Para tanto precisam ser atualizados continuamente a fim de que os profissionais possam utilizá-las com confiabilidade na definição de prioridades e na organização dos serviços. O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB são os principais sistemas que registram dados da atenção básica. São sistemas bem consolidados e que geram subsídios para o planejamento das ações e serviços incluindo a saúde bucal. A medida para avaliar esse indicador foi: *número de meses sem atualização dos bancos de dados do SIA/ SUS e SIAB no ano de 2011*. A não atualização dos sistemas de informação denota que as equipes não se mostram comprometidas com esta atividade. No banco SIAB foram considerados somente os atendimentos referentes ao pré-natal, puericultura, diabetes e hipertensão por serem atendimentos de atribuição de todos os profissionais da equipe e que, portanto não se justificam dados zerados.

A **'Integração da informação'** facilita aos profissionais de saúde o acesso a informações do indivíduo nos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais possibilitando uma abordagem voltada para a integralidade. Para este indicador foram propostas duas medidas. A primeira foi *existência de prontuário único*, por criar possibilidades da atuação conjunta da equipe de saúde bucal e das demais profissões e permitir aos profissionais o acesso às informações capazes de qualificar a assistência. A segunda medida foi *existência de prontuário acessível aos demais níveis da rede*. A disponibilização dessas informações em qualquer ponto do atendimento possibilita o diálogo entre os profissionais, auxilia na prestação de um cuidado integral e também fortalece a continuidade e a coordenação da assistência (SILVA JR, *et al.* 2006). A integralidade deve ser pensada por todos os profissionais independentemente de que ponto do sistema eles façam parte, portanto nos níveis mais especializados a integralidade não deve ser entendida por estes profissionais somente como uma boa contra referência, mas sim como um compromisso em prestar uma escuta e assistência qualificada (CECILIO, 2001; MATTOS, 2008). Ao tornar acessível o prontuário, o gestor fornece instrumentos para o exercício profissional nessa perspectiva.

Os serviços de **Apoio e Regulação** são mecanismos que favorecem uma organização dos fluxos nos diferentes níveis e proporcionam suporte diagnóstico para a escolha terapêutica dos profissionais. Os indicadores eleitos para essa subdimensão foram **'Apoio diagnóstico' e 'Regulação'**.

Os serviços de **'Apoio diagnóstico'** são essenciais para assegurar a integralidade da assistência, pois dão suporte ao profissional para acerto da terapêutica e auxiliam na resolução do tratamento. A medida definida para este indicador foi *oferta de serviço de apoio diagnóstico de lesões de mucosa (próprio/conveniado/contratado)*. Na área da saúde bucal o apoio diagnóstico de lesões de mucosa é um serviço compreendido entre o elenco mínimo de ações oferecidas por um CEO (BRASIL, 2008b). A escolha desta especialidade é devido ao potencial de gravidade de algumas lesões. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam-se 9.990 novos casos de câncer bucal em homens e 4.180 em mulheres para o ano de 2012. Isso demonstra a necessidade de serviços de referência com agilidade no encaminhamento e no diagnóstico para resolução dos casos. A rede de serviços deve possibilitar o acesso da população aos recursos que respondam pelas suas necessidades sendo inadmissível o usuário não ter à sua disposição um serviço público de referência para estes casos.

A '**Regulação**' é um mecanismo de organização para dar suporte e integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção contribuindo para a integralidade da assistência. A medida para avaliar esse indicador foi: *existência de central de regulação no município*. As centrais de regulação servem como meio de organizar a referência adequada das solicitações de consultas e exames especializados. As centrais de regulação gerenciam o agendamento e distribuem de forma equânime e rápida as consultas demandadas. A existência de centrais de regulação evidencia a preocupação da gestão em organizar e garantir os serviços nos diferentes níveis de atenção do sistema (GIOVANELLA, *et al.*2002).

Quadro 01- Matriz de avaliação da integralidade em saúde com foco na organização dos serviços. Dimensão 1- Garantia de recursos.

DIMENSÃO 1 – GARANTIA DE RECURSOS		
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	MEDIDA
Recursos Humanos	<i>Qualificação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cirurgiões dentistas com pós-graduação na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou Saúde da Família</i>
	<i>Cobertura</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relação de 1 cirurgião dentista para até 4000 habitantes</i>
Infraestrutura	<i>Adequação da estrutura física</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existência de espaço reservado para reunião e/ou atividades educativas das equipes</i>
	<i>Disponibilidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existência de unidade de pronto atendimento ou unidade de saúde com atendimento odontológico no 3º turno.</i>
	<i>Complexidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existência de serviço de referência para reabilitação protética (próprio/conveniado/contratado)</i>
Informação	<i>Atualização da informação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Número de meses sem atualização dos bancos de dados do SIA/ SUS e SIAB no ano de 2011</i>
	<i>Integração da informação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existência de prontuário acessível aos demais níveis da rede</i>
Apoio e Regulação	<i>Apoio diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Oferta de serviço de apoio diagnóstico de lesões de mucosa (próprio/conveniado/contratado)</i>
	<i>Regulação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existência de central de regulação no município</i>

Nota. Para emissão do juízo de valor foram atribuídos os seguintes parâmetros: BOM quando a ação investigada obteve nota igual ou superior a 7,5; RUIM para as notas menores ou igual a 5,0 e para as demais notas REGULAR.

2ª Dimensão MODELO VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Para a integralidade estar presente na organização dos serviços é preciso a adoção de um modelo de atenção na atenção básica que possibilite aos profissionais o reconhecimento e a apreensão das necessidades da população sob sua responsabilidade sanitária. O modelo da vigilância em saúde é direcionado para este objetivo, pois concebe a saúde de modo ampliado tendo como pressuposto uma visão integral do

processo saúde-doença. A vigilância em saúde busca uma reorganização dos serviços locais de saúde a partir de uma proposta que focaliza nos pilares território, problemas e práticas (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). Para expressar essa dimensão foram propostas quatro subdimensões: **Ações Estratégicas; Apropriação da Realidade; Longitudinalidade e Atenção.**

As **Ações estratégicas** foram aqui assumidas como atividades que possibilitam definir e organizar os serviços pautados no modelo de atenção proposto pela vigilância em saúde expressas em dois indicadores: *'Planejamento'* e *'Gestão Participativa'*.

O Indicador *'Planejamento'* foi definido por se entender que para responder e resolver as necessidades da população é preciso discutir, priorizar e compreender as causas e conseqüências dos problemas e elaborar estratégias e ações para o seu enfrentamento. As equipes de saúde que conseguem realizar reuniões de planejamento apresentam maiores possibilidades de organizar os serviços na perspectiva da integralidade, pois esse é o momento propício para discussão das ações, de compartilhamento dos saberes e conseqüente aprimoramento dos serviços (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). O indicador foi aferido por duas medidas. A primeira *realização de reunião de planejamento semanal ou quinzenalmente'* expressa a importância de realizar as reuniões continuamente para que as ações possam ser discutidas e planejadas conforme o reconhecimento das necessidades de saúde expressas no cotidiano dos serviços e no território de atuação. O espaço para o planejamento precisa ser assegurado semanal ou quinzenalmente para que os profissionais possam ofertar ações planejadas e coerentes às necessidades da comunidade. A segunda medida *discussão das propostas de saúde bucal em reunião* expressa necessária inclusão da saúde bucal nesse contexto com discussão de suas ações em conjunto com a equipe, a fim de evitar uma organização dos serviços odontológicos desvinculada das demais profissões, característica comumente encontrada na área. Desse modo a discussão das propostas de saúde bucal no espaço das reuniões denota uma preocupação com a integralidade das ações.

A participação da comunidade é um dos dispositivos de orientação das equipes na organização dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2006). O indicador *'Gestão participativa'*, enquanto expressão da subdimensão **Ações estratégicas**, foi definido por se entender que a participação da comunidade em espaços de discussão colegiada permite aos profissionais uma melhor compreensão das necessidades da população. A medida proposta para esse indicador foi a

participação de algum membro da equipe de saúde bucal nas reuniões de colegiado ou conselho local de saúde. Acredita-se que existência desses espaços de gestão participativa e a participação de algum membro da equipe de saúde bucal nas discussões criam oportunidades de inserir e modificar a organização das ações.

A subdimensão **Apropriação da realidade** contempla ações que permitem uma apropriação do contexto sociosanitário da comunidade revelando as suas necessidades. O conhecimento da realidade também expressa os pontos que precisam ser aprimorados pelos profissionais para que estes organizem os serviços conforme o modelo de atenção proposto pela Vigilância em Saúde. São dois os indicadores propostos: *‘Apropriação do Território’ e ‘Educação Permanente em Saúde’*.

O acompanhamento, observação e análise permanente da situação de saúde da população, reflexo da *‘Apropriação do território’*, fornecem informações que auxiliam na consolidação do modelo de vigilância em saúde. Foram propostas duas medidas para esse indicador: *participação do cirurgião dentista no processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência com marcadores de saúde bucal*. O processo de territorialização proporciona melhor reconhecimento da área de atuação e fornece dados que podem ser transformados em marcadores. Segundo Goes e Moysés (2012) a produção de informação em saúde bucal e sua utilização para o planejamento é um desafio que pressupõe a atuação dos profissionais dentro de um modelo de vigilância da saúde. Nesse contexto é necessário o conhecimento dos determinantes, dos fatores de risco e dos grupos vulneráveis a serem considerados na população adstrita ao território.

A *‘Educação Permanente em Saúde’* foi aqui assumida como a capacitação da equipe de saúde baseada no contexto do seu processo de trabalho. A educação permanente em saúde utiliza os elementos e problemas locais como ferramenta de reflexão e capacitação para superação dos problemas vivenciados nos serviços (BRASIL, 2009). Possibilita, portanto a apreensão da realidade. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Nesse sentido a educação permanente está diretamente relacionada à qualificação dos serviços voltados à realidade e possibilita aos profissionais organizá-los na perspectiva da integralidade. Para sua aferição elegeu-se como medida a *realização de atividade de educação permanente no ano de 2011*.

A subdimensão **Longitudinalidade** foi eleita como expressão da abordagem profissional que possibilita uma apreensão das necessidades e uma continuidade da assistência ofertada ao usuário, fundamentais ao modelo de vigilância. A palavra longitudinalidade muitas vezes é assumida como sinônimo de continuidade, porém estas apresentam significados diferentes. A primeira se relaciona ao cuidado prestado pelo mesmo profissional e apresenta o vínculo como principal característica. A continuidade está relacionada à prestação de serviços de forma continuada, se configura outro elemento importante para garantir a longitudinalidade da assistência (CUNHA, GIOVANELLA, 2010). Portanto, a continuidade é um dos aspectos da longitudinalidade e não sinônimo. Para esta subdimensão foram propostos dois indicadores: *‘Vínculo’* e *‘Continuidade’*.

O *‘Vínculo’* está relacionado ao tempo em que o profissional de saúde trabalha no mesmo território o que possibilita sua integração com a comunidade propiciando a longitudinalidade do cuidado. Nessa perspectiva o vínculo possibilita reconhecer os sujeitos além da dimensão clínica, conhecendo a vida das pessoas e os diferentes fatores que podem influenciar na sua saúde e assim poder apreender e responder de maneira integral pelas suas necessidades (GERHARDT *et al.*, 2011; CUNHA, GIOVANELLA, 2010). O profissional se torna uma referência para a população sob sua responsabilidade e isto fortalece a relação profissional-usuário, além de possibilitar maior efetividade das ações de tratamento e da oferta de um cuidado integral. A medida eleita para avaliar esse indicador foi *cirurgiões dentistas que trabalham há mais de 2 anos na mesma unidade de saúde*. A permanência dos profissionais na mesma área possibilita a criação do vínculo e a gestão que valoriza a permanência do profissional reconhece este potencial.

A *‘Continuidade’* foi formulada a partir da justificativa de que os serviços precisam ser ofertados de forma contínua e isto deve ocorrer em todos os níveis de atenção para garantir a longitudinalidade da assistência. Dessa forma os serviços de saúde devem responder pelas necessidades conforme sua capacidade de resolução. Para medir este indicador foram propostas duas medidas: uma para medir o indicador no nível da atenção básica e outra no nível da atenção secundária. Para a atenção básica a medida foi *oferta de tratamento completado (TC) para todas as faixas etárias*. A oferta de (TC) traduz a ideia da continuidade e evidencia a preocupação do serviço de prestar um cuidado integral contínuo, devendo ser ofertado a todas as faixas etárias. Esta seria uma maneira de romper com uma forma de organização clássica dos serviços de saúde bucal que excluía a população adulta e privilegiava grupos

prioritários. O TC dificilmente é ofertado à população adulta pela dificuldade de adesão desse grupo ao tratamento, porém esta lógica é uma representação que foi criada pela prática odontológica e que precisa ser superada e encarada pelo serviço como um problema de sua competência (RONCALLI, 2001). Além disso, a ideia do TC poderia contribuir para uma prática de saúde bucal menos mutiladora, pois as principais doenças bucais podem evoluir para estados mais complicados em função do intervalo entre a consulta e a obtenção de uma nova vaga, caso essa não seja garantida aos usuários. A não oferta de tratamento completado gera uma baixa resolubilidade pela maior permanência dos usuários no serviço sem a garantia de conclusão do tratamento (SANTOS, ASSIS, 2006). A medida para a atenção secundária foi *alcance do parâmetro mínimo de procedimentos odontológicos especializados proposto pela Portaria no 1.101/GM 24 (0,04 a 0,06 procedimentos/habitantes/ano)* utilizado em estudo de Chaves e Vieira da Silva (2007). Diante da impossibilidade de resolução da necessidade no nível da atenção básica o usuário precisa ter uma resposta pela sua demanda nos demais níveis. Nesse sentido a medida se propõe a verificar se o sistema garante assistência numa proporção adequada às necessidades da população atendida.

A quarta subdimensão **Atenção** representa a organização das ações ofertadas para os usuários de modo coerente às ações estratégicas e à realidade local. Fundamenta-se no conceito ampliado de saúde que orienta do modelo de vigilância em saúde. Foram propostos três indicadores para esta subdimensão: *‘Ações de Promoção e Prevenção’, ‘Interdisciplinaridade’ e ‘Acolhimento’*.

As *‘Ações de promoção e prevenção’* são essenciais para construção de uma atenção integral e devem estar previstas nos serviços organizados na perspectiva da integralidade (GIOVANELLA, *et al*, 2002). Para aferir esse indicador foram propostas duas medidas. A primeira foi *existência de projetos de promoção realizados em conjunto pela equipe*, pois as ações de promoção a partir do desenvolvimento de ações intersetoriais e do fortalecimento da comunidade complementam e sustentam uma atenção integral. A segunda medida, *realização de atividades preventivas em pelo menos 1 período semanal*, foi eleita por se entender que as atividades preventivas são atribuição de todos os membros da equipe e a frequência semanal sustentada pelo fato de que as mesmas precisam ser ofertadas continuamente.

A *‘Interdisciplinaridade’* indica que o trabalho em equipe é fundamental para desempenhar uma prática pautada na integralidade e conseqüentemente é reflexo de serviços que estão organizados nessa

perspectiva. A partir do trabalho interdisciplinar os diferentes olhares dos profissionais contribuem para uma melhor atuação e evita uma prática reducionista. Para Santos e Assis (2006) trata-se de uma ferramenta com potencial para alterações no processo de trabalho com a adoção de práticas originais voltadas para a integralidade. A medida eleita para esse indicador foi: *projetos terapêuticos integrados com participação da saúde bucal*. A construção de projetos terapêuticos integrados contribui para a ampliação e redefinição das ações na direção de uma atenção integral (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009). A inserção de diferentes profissionais, incluindo a saúde bucal, reflete o caráter abrangente de atuação em busca de uma atenção integral.

O indicador '*Acolhimento*' foi aqui assumido como uma postura dos profissionais ao receber, ouvir e atender de forma humanizada cada usuário que procura os serviços de saúde (BRASIL, 2011). São duas as medidas propostas para esse indicador. A primeira, *unidades de saúde que realizam acolhimento*, é sustentada pela ideia de que é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado como as eventualidades e os imprevistos. A segunda medida foi *integração da equipe de saúde bucal na equipe de acolhimento* por se entender que deve ser realizado por todos os profissionais e em todos os momentos de sua atuação. Isso inclui a equipe de saúde bucal como participante desse processo de reconhecimento das necessidades (BRASIL, 2011).

Quadro 02- Matriz de avaliação da integralidade em saúde com foco na organização dos serviços. Dimensão 2- Modelo Vigilância em Saúde

DIMENSÃO 2 – MODELO VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
SUBDIMENSÃO	INDICADOR	MEDIDA
Ações estratégicas	<i>Planejamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de reunião de planejamento semanal ou quinzenalmente' • Discussão das propostas de saúde bucal em reunião
	<i>Gestão participativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação de algum membro da equipe de saúde bucal nas reuniões de colegiado ou conselho local de saúde
Apropriação da realidade	<i>Território</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação do cirurgião dentista no processo de territorialização mapeamento da área de abrangência com marcadores de saúde bucal.
	<i>Educação permanente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividade de educação permanente no ano de 2011.
Longitudinalidade	<i>Vínculo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgões dentistas que trabalham há mais de 2 anos na mesma unidade de saúde
	<i>Continuidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de tratamento completado (TC) para todas as faixas etárias • Alcance do parâmetro mínimo de procedimentos odontológicos especializados (0,04 a 0,06 hab/ano)
Atenção	<i>Ações de promoção e prevenção</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de projetos de promoção realizados em conjunto pela equipe. • Realização de atividades preventivas em pelo menos 1 período semanal.
	<i>Interdisciplinaridade</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Projetos terapêuticos integrados com participação da saúde bucal
	<i>Acolhimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de saúde que realizam acolhimento • Integração da equipe de saúde bucal na equipe de acolhimento

Nota. Para emissão do juízo de valor foram atribuídos os seguintes parâmetros: **BOM** quando a ação investigada obteve nota igual ou superior a 7,5; **RUIM** para as notas menores ou igual a 5,0 e para as demais notas **REGULAR**.

5.3 Teste de Aplicabilidade do Modelo

A partir do teste de aplicabilidade foi possível verificar que o modelo é capaz de captar diferentes modos de gestão nos municípios. Os indicadores demonstraram características ideais de comportamento como validade, facilidade, agilidade, disponibilidade e discriminação.

O modelo foi aplicado pela pesquisadora o que permitiu uma observação do comportamento dos respondentes e a identificação de dificuldades no processo de coleta das informações, importantes para a correção e ajustes do mesmo. Uma observação importante foi de que os profissionais relacionavam a maioria das questões somente com a saúde bucal. Apesar do modelo apresentar a maioria das medidas voltadas para esta área as questões tratavam da inserção da saúde bucal nas atividades atribuídas às equipes da unidade de saúde e isso inclui todas as profissões. Além disso, havia medidas aplicadas à equipe como um todo e mesmo assim, os profissionais respondiam apenas ao que ocorria na saúde bucal demandando da entrevistadora a explicação da medida. Importante ressaltar que o modelo aqui proposto não é específico da saúde bucal. Os indicadores expressam características da integralidade em saúde e devem ser adotados por todas as categorias. A estratégia de aplicá-lo à saúde bucal funcionou enquanto *proxy* da equipe geral. Se a saúde bucal, que historicamente esteve desvinculada das demais categorias, realizar as ações conforme preconizado indica que a integralidade está assegurada. Diante disso ficou a impressão de que os dentistas de algumas unidades não se viam como integrantes de uma equipe multiprofissional o que reflete a não integralidade da atenção e reafirma a validade do modelo. No questionamento sobre a promoção da saúde isso ficou bem evidente. Alguns profissionais entendiam esta questão como um projeto somente da saúde bucal citando suas inserções nas escolas com atividades educativas e preventivas. Tal posição sugere que os profissionais entendem que a promoção da saúde pode ser feita somente pela saúde bucal sem envolvimento de outras profissões e até mesmo ficar restrita ao campo da saúde. As respostas equivocadas também podem ser advindas da não compreensão do conceito de promoção da saúde e geraram proposta de modificação do instrumento de coleta relatado adiante.

Nas questões em que a pesquisadora pôde perceber dificuldade de compreensão e que suscitaram esclarecimentos para sua resposta propõe-se alterações para aprimoramento do instrumento e para evitar incompreensões caso o modelo seja aplicado em avaliações futuras

(Apêndice F). As questões modificadas foram em relação ao indicador '*Gestão participativa*' e '*Continuidade*'.

No indicador '*Gestão participativa*' alguns profissionais questionavam se os conselhos locais de saúde em processo de implantação poderiam ser considerados. Desse modo coube a modificação da questão para evitar respostas incorretas. A questão inicial era: *A unidade de saúde apresenta Colegiado Gestor ou Conselho Local de Saúde?* e foi modificada para: *A unidade de saúde apresenta Colegiado Gestor ou Conselho Local de Saúde em funcionamento?* Já o indicador '*Continuidade*', inicialmente, foi abordado a partir da questão: *Na unidade de saúde o atendimento odontológico é organizado na lógica do Tratamento Completado (TC)?* Essa questão foi interpretada por alguns profissionais de maneira equivocada, pois esses entendiam que ao oferecer um número de retornos mesmo que limitado isso seria correspondente a ideia de tratamento completado. Desse modo a questão passou a ser: *Na unidade de saúde o atendimento odontológico é organizado na lógica do Tratamento Completado, ou seja, o usuário tem retornos garantidos, sem limitação de consultas até a completa resolução das suas necessidades?*

Todas as medidas estavam disponíveis em todas as localidades onde foram buscadas. No nível central as informações foram disponibilizadas no momento da coleta e facilmente acessadas pelos coordenadores. O mesmo ocorreu quando da coleta nas Unidades de Saúde e com os dados secundários acessados pelo site do *Datasus*. Os respondentes dominavam a quase totalidade das respostas, exceto nos momentos de dificuldade de compreensão da pergunta por falta de domínio conceitual ou por confusão quanto ao foco de análise. Outro aspecto observado foi a rapidez com que os profissionais respondiam as questões. Isso leva a crer que os indicadores e as medidas propostas são acessíveis sendo, portanto um instrumento de fácil utilização pelas equipes de forma contínua.

Quanto à capacidade de discriminação, após a análise dos dados foi possível constatar que os indicadores apresentaram variação, exceto aqueles cuja não variação era um comportamento esperado ou que se tenha explicação local para o mesmo. Os resultados da avaliação de cada um dos municípios estão apresentados na figura 02. Nela é possível observar a classificação segundo indicadores, subdimensões, dimensões e gestão.

O indicador '*gestão participativa*' apresentou valores baixos para todos os municípios evidenciando uma situação já esperada, pois

evidencia a pouca participação da saúde bucal nos espaços de gestão colegiada, mas que deve ser alcançada para assegurar a integralidade.

Figura 02: Resultados do teste de aplicabilidade do modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços de saúde dos municípios analisados.

DIMENSÃO	SUB	INDICADORES	NOTA INDICADOR	NOTA SUB DIMENSÃO	NOTA DIMENSÃO	NOTA GESTÃO
GARANTIA DE RECURSOS	RH	Qualificação	9	8,1	7,4	6,1
		Cobertura	7,5			
	INFRA	Adequação	5,5	1,7		
		Disponibilidade	0,0			
		Complexidade	0,0			
	INFO	Atualização da informação	10,0	10,0		
		Integração da Informação	10,0			
	APOIO	Apoio	10,0	10,0		
Regulação		10,0				
MODELO DE VIGILANCIA EM SAUDE	ACOE ESTRAT	Planejamento	3,8	1,9	4,8	6,1
		Gestão Participativa	0,0			
	ARPROP. REALIDADE	Apropriação do território	6,3	5,6		
		Educação Permanente	5,0			
	ATENÇÃO	Ações de Promoção e prevenção	5,0	7,5		
		Interdisciplinaridade	10,0			
		Acolhimento	7,5			
	LONGIT	Continuidade	0,0	4,3		
		Vinculo	8,6			

MUNICÍPIO 1

DIMENSÃO	SUB	INDICADORES	NOTA INDICADOR	NOTA SUB DIMENSÃO	NOTA DIMENSÃO	NOTA GESTÃO
GARANTIA DE RECURSOS	RH	Qualificação	1	1,5	5,0	3,4
		Cobertura	2,0			
	INFRA	Adequação	0,0	3,3		
		Disponibilidade	0,0			
		Complexidade	10,0			
	INFO	Atualização da informação	10,0	5,0		
		Integração da Informação	0,0			
	APOIO	Apoio	10,0	10		
Regulação		10,0				
MODELO DE VIGILANCIA EM SAUDE	ACOE ESTRAT	Planejamento	0,0	1,0	1,8	3,4
		Gestão Participativa	2,0			
	ARPROP. REALIDADE	Apropriação do território	0,0	0,0		
		Educação Permanente	0,0			
	ATENÇÃO	Ações de Promoção e prevenção	0,0	1,3		
		Interdisciplinaridade	0,0			
		Acolhimento	4,0			
	LONGIT	Continuidade	0,0	5,0		
		Vinculo	10,0			

MUNICÍPIO 2

DIMENSÃO	SUB	INDICADORES	NOTA INDICADOR	NOTA SUB DIMENSÃO	NOTA DIMENSÃO	NOTA GESTÃO
GARANTIA DE RECURSOS	RH	Qualificação	6	5,2	6,2	5,4
		Cobertura	4,4			
	INFRA	Adequação	6,7	2,2		
		Disponibilidade	0,0			
		Complexidade	0,0			
	INFO	Atualização da informação	10,0	7,5		
		Integração da Informação	5,0			
	APOIO	Apoio	10,0	10,0		
Regulação		10,0				
MODELO DE VIGILANCIA EM SAUDE	AÇOE ESTRAT	Planejamento	4,4	2,8	4,5	5,4
		Gestão Participativa	1,1			
	APROP. REALIDADE	Apropriação do território	2,8	4,2		
		Educação Permanente	5,6			
	ATENÇÃO	Ações de Promoção e prevenção	7,8	6,5		
		Interdisciplinaridade	5,6			
		Acolhimento	6,1			
	LONGIT	Continuidade	5,0	4,5		
		Vínculo	4,0			

MUNICÍPIO 3

DIMENSÃO	SUB	INDICADORES	NOTA INDICADOR	NOTA SUB DIMENSÃO	NOTA DIMENSÃO	NOTA GESTÃO
GARANTIA DE RECURSOS	RH	Qualificação	10,0	9,2	6,9	5,3
		Cobertura	8,3			
	INFRA	Adequação	3,3	1,1		
		Disponibilidade	0,0			
		Complexidade	0,0			
	INFO	Atualização da informação	10,0	7,5		
		Integração da Informação	5,0			
	APOIO	Apoio	10,0	10,0		
Regulação		10,0				
MODELO DE VIGILANCIA EM SAUDE	AÇOE ESTRAT	Planejamento	1,7	0,8	3,7	5,3
		Gestão Participativa	0,0			
	APROP. REALIDADE	Apropriação do território	3,3	2,5		
		Educação Permanente	1,7			
	ATENÇÃO	Ações de Promoção e prevenção	5,0	6,1		
		Interdisciplinaridade	6,6			
		Acolhimento	6,7			
	LONGIT	Continuidade	4,2	5,4		
		Vínculo	6,6			

MUNICÍPIO 4

No indicador *‘Apropriação do território’* uma das medidas teve seu comportamento quase zerado, pois se tratava de uma atividade pouco presente nos serviços. A presença de marcadores de saúde bucal

foi verificada em apenas uma das vinte e quatro unidades de saúde avaliadas. A inexistência de marcadores de saúde bucal na grande maioria das unidades foi consoante a observação feita pelos especialistas na oficina de consenso de que dificilmente seriam encontradas unidades de saúde que possuíssem essa informação. Apesar da constatação a medida foi mantida, pois os dados de saúde bucal traduzidos em marcadores poderiam ser utilizados como uma ferramenta no processo de reconhecimento do território e no planejamento das ações. A inexistência de marcadores de saúde bucal denota que os profissionais ainda não inseriram esta ação como uma prática dentro do seu cotidiano (GOES, MOYSÉS, 2012).

No indicador '*Continuidade*' não houve variação no comportamento nos quatro municípios. A medida utilizada era referente ao número de consultas odontológicas especializadas. A base de dados consultada foi o SIA/SUS delimitando a busca pelos procedimentos compreendidos nos códigos relativos à saúde bucal (0307 - tratamentos odontológicos e 0414 - bucomaxilofacial). Foram desconsiderados os procedimentos, contidos nestes códigos, que possuíam uma interface com a atenção primária a fim de evitar super notificação. Ao analisar os dados secundários verificou-se um baixo número de procedimentos especializados registrados no sistema. Isso evidencia a falta de preenchimento dos registros por parte dos profissionais da saúde bucal, dificultando a utilização destas informações para avaliação dos serviços. Apesar dessa fragilidade a manutenção da medida foi assumida como forma de sensibilizar os gestores e profissionais quanto à importância dos registros de saúde bucal e seu potencial como elemento de avaliação.

O indicador '*Disponibilidade*' também apresentou todos os valores zerados nos municípios. Tal comportamento já era esperado, pois a oferta de serviço odontológico nas unidades de pronto atendimento ou nas unidades com terceiro turno, ainda não é uma realidade na maioria dos municípios brasileiros, mas essencial para a integralidade.

Quanto ao indicador '*Atualização da informação*' todos os municípios avaliados apresentaram os dados do SIAB atualizados. Apesar do comportamento linear este indicador teve poder discriminatório, quando analisado o contexto estadual, pois expressa a condição desses municípios diferentemente de outros setenta e um em Santa Catarina que apresentaram pelo menos um mês sem preenchimento do banco. Isto representa que 24,25% dos municípios catarinenses não atualizam os dados continuamente. Esse resultado

fortalece a manutenção do indicador corroborando com os estudos de Berretta (2009) e Passos (2011) que também utilizaram essa medida.

No indicador '*Ações de promoção e prevenção*' as notas para a medida relacionada à promoção foram baixas. A medida questionava quanto a realização de projeto de promoção da saúde e a grande maioria dos profissionais declarou a realização destas atividades. Porém, ao analisar a especificação da atividade, solicitada no instrumento de coleta para confirmar a afirmação, verificou-se que alguns cirurgiões dentistas citaram atividades preventivas de caráter odontológico como ações de promoção. Além disso, os profissionais freqüentemente associavam o conceito de promoção da saúde às práticas de educação em saúde esquecendo que esta, de forma isolada, é uma atividade de baixo impacto e sustentabilidade (KUSMA *et al*, 2012). Por isso o indicador e suas respectivas medidas foram mantidas propondo-se melhor explicação do conceito de promoção no instrumento de coleta.

Quanto ao indicador '*Cobertura*' a medida foi de fácil obtenção, porém de difícil análise, pois em algumas unidades o número de dentistas era maior do que de médicos e enfermeiros. Isto se deu pelo fato dos dentistas trabalharem meio turno, diferente dos demais profissionais de turno integral. Neste sentido efetuou-se alteração na forma de coleta, a fim de facilitar a análise dos dados, no sentido de solicitar informação sobre a carga horária dos profissionais.

O indicador '*Complexidade*' apresentou pouca variabilidade, pois investigava a presença de um serviço não obrigatório para todos os municípios. No entanto, um serviço de referência é desejável e a partir dos resultados, na maioria negativos, ficou evidente a fragilidade deste aspecto para garantir a integralidade nos serviços destes municípios. Este indicador apresenta capacidade de diferenciar uma gestão municipal preocupada com a integralidade dos serviços ofertados a população, tem linha de financiamento disponível e por isso foi mantido.

O detalhamento dos resultados da aplicação deste modelo está apresentado em quadros separados por município informando as notas de desempenho segundo medidas, indicadores, subdimensão, dimensão e gestão estão disponíveis nos Apêndices G, H, I e J ao final dessa dissertação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo de desenvolver e testar um modelo para avaliar se a gestão municipal fornece elementos para a integralidade a partir da organização dos serviços de saúde. Reconheceu-se a existência de fatores contextuais que interferem nesse processo. Não foi objetivo desta avaliação desvendar e nem delimitar os motivos para ocorrência destes fatores. Essa proposta avaliativa possibilitou a reflexão sobre os aspectos que regem a organização dos serviços, direcionando o olhar sobre as deficiências e as potencialidades encontradas nos serviços locais. O que se espera do modelo desenvolvido é que os gestores e os profissionais de saúde possam utilizá-lo para auxiliar no planejamento e na gestão uma vez que ele permite uma visão global da organização dos serviços no município.

O modelo é passível de adaptações para aplicação em diferentes áreas profissionais uma vez que seus indicadores são referentes à integralidade em saúde, ou seja, são características desejáveis para os serviços o que inclui todas as categorias profissionais. O reconhecimento e a valorização das diferentes áreas profissionais são pontos que devem ser pensados quando se organizam serviços comprometidos com a integralidade. Esta avaliação evidenciou a saúde bucal e como resultado verificou-se que a área ainda apresenta uma dificuldade de inserção das suas ações com demais áreas profissionais caracterizando que a integralidade não está presente de forma plena nos serviços de saúde.

A aplicação do modelo de avaliação pela pesquisadora contribuiu para uma aproximação do contexto na qual estão inseridos os profissionais de saúde e permitiu o reconhecimento de alguns fatores que influenciam de forma positiva ou negativa na organização dos serviços. Durante a coleta os profissionais refletiam sobre sua atuação e muitos manifestavam interesse em trabalhar em outra lógica. Isso evidencia que a avaliação cumpriu seu papel de contribuir e não de punir, como usualmente o termo é associado. O processo de aplicação também aproximou os profissionais da avaliação, que é uma das atividades de atribuição da atenção básica. A participação em avaliações permite uma maior familiaridade com a área e pode possibilitar interesse em efetuar-la como prática dos serviços.

Seria interessante também avaliar os municípios qualitativamente para uma análise aprofundada do contexto e das situações encontradas a fim de levantar maiores informações e prover

subsídios para aprimoramento dos serviços. Sugere-se, portanto, a realização de estudos com abordagem qualitativa deste objeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, AC; RIBEIRO, ECO. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro v. 34, n.3, p.371–378; 2010.

ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, KLC; FERREIRA, EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 133 – 134p: Seção II. Da Saúde, 1988.

_____. Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Brasília, 1990.

_____. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Brasília, DF, de 25 a 27 de setembro de 1993/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/2_cnsb.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília, 1996.

_____. Portaria nº 1.444/GM. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de dezembro de 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 248p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 17 - Saúde Bucal. 2008b 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 56 p.

_____. Portaria 2.488 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 21 de outubro de 2011b.

CALVO, MCM et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. IN: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. Paulo Sávio Angeiras de Goes e Samuel Jorge Moysés (org). São Paulo: Artes Médicas, 2012. Capítulo 15, p. 181 -194.

CAMARGO JR KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. IN:Pinheiro R, Mattos RA (org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. Capítulo 2, 226p.

CAMARGO JUNIOR, KR et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24 Sup1, p.558-568, 2008.

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

CAMURÇA, VV et al. Assistência Odontológica a Portadores de HIV na Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde em Fortaleza, Ceará. Revista APS, Juiz de Fora, v. 13, n.1, p.18-25, jan./mar. 2010.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde IN: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Rubem Araujo de Mattos (org). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. Capítulo 4, p. 113 – 126.

CECCIM, RB e FERLA, AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde IN: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Roseni Pinheiro e Ruben de Araújo Mattos, org. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Capítulo 7, 484p.

CHAVES, SCL; VIEIRA-DA-SILVA, LM. Atenção à saúde bucal e descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1119-1131, mai, 2007.

CONNIL, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1417-1423, set/out, 2004

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos IN: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Zulmira Maria Araújo Hartz (org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Capítulo 2, 132p.

COLUSSI, CF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina. Florianópolis, 2010. Tese (Doutorado Odontologia em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

CUNHA EM; GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DA SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, v.4, n. 3, p.317-321, jul. / set., 2004.

FERNANDEZ JCA; MENDES R. Gestão local e políticas públicas para qualidade de vida IN: Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Cepedoc, 2007. 148p.

FERRAZ, DAS; NEMES, MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na

Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25 Supl. 2, p.240-250, 2009

FIGUEIRÓ, AC; et al. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. IN: Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Isabella Samico et al (org) – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Capítulo 1, 196p.

FRANCO TF, MAGALHAES JR HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. IN: Merhy EE et al. (Org). O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. Hucitec. São Paulo, 2007. 296p.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n.60, p.37-61, jan/abr, 2002.

GOES, PSA, MOYSÉS, SJ. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal IN: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Capítulo 4, p. 55 – 70.

GONZALEZ AD, ALMEIDA MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.757-762, 2010.

GUBA, EG, LINCOLN, YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1997: 23-49.

HARTZ ZMA, CONTANDRIOPOULOS AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros" Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.20 suppl. 2, 2004.

KANTORSKI, LP et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) v.30, n.4, p.594-601 dez. 2009.

KUSMA, S; MOYSÉS, ST; MOYSÉS, SJ. Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. IN: Planejamento, gestão e avaliação em

saúde bucal. Paulo Sávio Angeiras de Goes e Samuel Jorge Moysés (org). São Paulo: Artes Médicas, 2012. Capítulo 14, p.167 – 180.

LESSA, CFM; VETTORE, MVV. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no

Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.19, n.3, p.547-556, 2010

MACHADO MFAS, et al. 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.

MANFREDINI, M. Programação das ações de saúde bucal IN: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. Paulo Sávio Angeiras de Goes e Samuel Jorge Moysés (org). São Paulo: Artes Médicas, 2012. Capítulo 5, p. 71 -82.

MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos IN: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Rubem Araujo de Mattos (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. Capítulo 2, 180p.

MATTOS, RA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set/out, 2004.

MATTOS, RA. Integralidade e a formação de políticas específicas de saúde IN: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Pinheiro R, Mattos RA (org). Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. Capítulo 3, 226p.

MATTOS, Rubem Araújo. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade IN: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Mattos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007. Capítulo 22, p.369 – 384.

MEDINA, M. G, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais IN: Avaliação em Saúde: dos Modelos teóricos à prática na avaliação. Zulmira Maria de Araújo Hartz

e Lígia Maria Vieira da Silva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Capítulo 2, p. 41 – 64.

MOYSES, SJ; GOES, PSA. A formulação de políticas públicas de saúde bucal IN: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Capítulo 1, p. 15 -32.

NARVAI PC, FRAZÃO P. Modelos de atenção à saúde bucal. IN: Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Capítulo 6, p.89 -128.

NARVAI, PC. Integralidade na atenção básica à saúde: integralidade? Atenção? Básica? Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro – CIORJ 2005, em 15/7/2005.

NICKEL, DA et al. Modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal. Pesquisa brasileira de odontopediatria e clínica integrada, João Pessoa, v.9, n 3, p. 373 -79. 2009.

NIQUINI, RP et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Saúde Maternal Infantil, Recife, v.10 Supl. 1, p.61-68, nov., 2010

OLIVEIRA, AC et al. Uso de serviços odontológicos por pacientes com Síndrome de Down, Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.42, n.4, p.693-9, ago. 2008.

OLIVEIRA CM; CASANOVA AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica, Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14 n.3, p. mai/jun 2009.

ONOCKO CAMPOS, RT et al. Inovações para estudo e a produção de consensos: além do Delphi IN: Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Rosana Onocko Campos e Juarez Pereira Furtado. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. Capítulo 4, p.97 – 120.

PAIM, J, VIEIRA DA SILVA, LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde IN: Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na

saúde. Roseni Pinheiro, Rubem Araujo de Mattos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Capítulo 3, p.91 – 107.

PAIM, J, VIEIRA DA SILVA, LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v.12, n.2, p.109-114, ago, 2010.

PASSOS SA. Modelo de avaliação da gestão municipal estratégica e participativa. Florianópolis, 2012. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de pós graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Santa Catarina.

PEREIRA, DQ et al. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.599-609, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade IN: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. Capítulo 3, 65-112.

PINHEIRO, R et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade IN: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, Capítulo, 1, p.11 – 32.

PINHEIRO, R; LUZ, MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade IN: Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas. Roseni Pinheiro e Rubem de Araújo Mattos (org). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. Capítulo 3, 228p.

PUCCA, GA, et al. Oral health policies in Brazil, Brazilian Oral Research, São Paulo, v.23, supl.1, p. 9-16, jun. 2009.

QUEIROZ, SMPL et al. Percursos para promoção da saúde bucal: a capacitação de líderes na Pastoral da Criança da Igreja Católica no Brasil. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.14, n.34, p.619-32, jul./set. 2010.

RONCALLI AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Araçatuba, 2000. Tese. (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Estadual Paulista, UNESP.

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. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.53-61, jan/mar 2006.

SANTOS, MC; LEITE, MCL. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como *feedback* de ensino Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v31, n.3, p.552-6, set. 2010.

SILVA, AM et al. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.2197-2206, jul 2010.

SOUZA, TMS; RONCALLI, AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, nov, 2007.

SILVA JUNIOR, AG et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade IN: Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Roseni Pinheiro, Rubem Araujo de Mattos (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484p.

SILVA, RVB et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde IN: Cuidado as fronteiras da integralidade. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, org. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. 320p.

SIQUEIRA, MP; BUSSINGER, ECA. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, Vitória, n. 8, p. 253-309, 2010.

STARFIELD, B. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que? IN: Atenção primária em saúde: equilíbrio entre necessidades de

saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. Capítulo 10, p. 313- 364.

TAVARES, MFL et al. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1054-1062, mai, 2009.

TEIXEIRA, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, set/dez. 2003.

VÉRAS, MMS et al. Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – SINAI, Saúde e Sociedade, São Paulo, v.16, n.1, p.165-171, jan/abr 2007.

VIEIRA DA SILVA LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde IN: Avaliação em Saúde: dos Modelos teóricos à prática na avaliação. Zulmira Maria de Araújo Hartz e Lígia Maria Vieira da Silva (organizadoras). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275p.

ZILBOVICIUS C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal. São Paulo, 2005. Dissertação. (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Programa de pós graduação em Odontologia. Universidade Federal de São Paulo USP.

WORTHEN BR; SANDERS JR, FITZPATRICK JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

PARTE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

Título: Modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços de saúde

Título em inglês: Evaluation model of comprehensive health care in organization of health systems

Autores:

Fernanda Leitão Pacheco¹
Josimari Telino de Lacerda²

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina
² Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública – UFSC

Endereço para correspondência:

Fernanda Leitão Pacheco
Rua Luiz Delfino, 177 - apto 301 – Centro
Florianópolis – SC – CEP: 88015-360
E-mail: fepacheco82@gmail.com

RESUMO

A integralidade busca a qualificação dos serviços ofertados com o objetivo de responder pelas necessidades da população. Este princípio perpassa diferentes pontos do sistema e está presente na prática dos profissionais, na organização dos serviços e na formulação de políticas. Nesta pesquisa avaliativa foi desenvolvido um modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços com aplicabilidade na saúde bucal. O modelo apresenta duas dimensões: garantia de recursos e modelo vigilância em saúde; dezoito indicadores e vinte e quatro medidas. A matriz foi submetida à análise de especialistas pela técnica Delphi. O teste de aplicabilidade do modelo foi realizado em todas as unidades de saúde de quatro municípios catarinenses. O resultado indicou facilidade na obtenção dos dados e sensibilidade para captar variações do objeto. O modelo é passível de adaptações para aplicação em diferentes áreas profissionais uma vez que seus indicadores são relacionados à integralidade em saúde.

Palavras chave: Atenção integral à saúde, Avaliação em saúde, Sistemas de saúde

ABSTRACT

Comprehensive health search for qualification services in order to respond population's needs. This principle permeates different points in the system and is present in professional practice, in the organization of services and policy formulation. In this evaluative research was developed a model for assessing the comprehensive in the organization of services with applicability in oral health. The model has two dimensions: Resources and Health Surveillance Model; eighteen indicators and twenty-four measures. The matrix was submitted to expert analysis by Delphi technique. The applicability of the model was conducted in all health care units of four cities of Santa Catarina. The result indicated ease in obtaining the data and sensitivity to capture the object variations. The model can be adapted for use in different professional areas since its indicators are related to comprehensive health.

Key words: Comprehensive Health Care; Evaluation Health; Health Systems

Introdução

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e pode ser compreendida pelo conjunto de ações e meios voltados a construção de um sistema de saúde justo, com serviços organizados, acessíveis e resolutivos pautados no indivíduo, família e comunidade¹. Apesar dos inúmeros avanços do SUS o princípio da integralidade talvez seja o menos visível no sistema e nas práticas, pois demanda novos arranjos organizacionais^{2,3,4}.

O sistema avançou na ampliação do acesso a serviços assistenciais em diferentes níveis de complexidade; na descentralização da gestão com novas funções e autonomia aos municípios; na participação popular e seu aparato institucional o que aproximou os serviços das necessidades da população; e na implementação de novos modos de organização e práticas assistenciais. A qualificação das práticas assistenciais e dos serviços não acompanhou na mesma velocidade fazendo com que o princípio da integralidade seja menos perceptível^{3,4}.

A menor visibilidade da integralidade talvez se dê pelo fato de que não seja possível identificá-la ou materializá-la em um espaço próprio. Ela estaria contemplada a partir da oferta integrada de ações de promoção, de proteção, de cura e reabilitação conciliadas nos três níveis de atenção; da atuação profissional para além da dimensão *biologicista*; da garantia de continuidade da atenção em todos os níveis; e da articulação de ações intersetoriais na construção de políticas públicas que incidissem sobre as condições de vida e os determinantes de saúde⁵. Portanto, a integralidade perpassa as práticas dos profissionais quando estes se relacionam com sujeitos e não com doenças; a organização dos serviços de modo a apreender as necessidades do indivíduo e responder por elas com a tecnologia adequada em todos os níveis de atenção; e a formulação de políticas consoantes as necessidades e que envolvam tanto ações intra-setoriais quanto intersetoriais².

Embora os estudos de avaliação tenham se tornado cada vez mais frequentes na literatura nacional, são poucas as avaliações que tenham como objeto de estudo o princípio da integralidade⁶. Dado o significado amplo que a integralidade representa e pela sua importância para o sistema brasileiro seria interessante transformar este princípio em conceitos operacionais capazes de avaliar sistemas de saúde⁷.

No presente estudo optou-se por abordar a integralidade na organização dos serviços concebendo-a como dimensão que reflete as políticas de saúde desenvolvidas pelos gestores e o cuidado ofertado à

população. A forma como os serviços se estrutura pode facilitar ou dificultar a atuação dos profissionais na perspectiva da integralidade. Sua conformação evidencia a orientação do modelo de atenção proposto pela gestão e materializa o tipo de cuidado ofertado a população⁵.

O objetivo deste artigo é apresentar um modelo de avaliação da integralidade na organização dos serviços aplicando-o na saúde bucal. A escolha pela saúde bucal reflete uma condição historicamente conhecida de ser uma área que apresenta um processo tardio, em relação à integração e à oferta de serviços quando comparada às demais áreas da saúde⁸.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa cujo objeto é a integralidade em saúde como foco na organização dos serviços. A construção do modelo incluiu três etapas: o modelo teórico-lógico, a matriz avaliativa e o teste de aplicabilidade.

Para a definição do modelo teórico-lógico realizou-se uma revisão bibliográfica a partir de consulta a bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME/OPAS/OMS (Lilacs e Scielo) entre janeiro e julho de 2011 com seleção de artigos publicados entre janeiro de 2000 e julho de 2011. Os termos de busca foram integralidade associado à gestão, organização dos serviços, saúde bucal, atenção básica e avaliação em saúde. Foram excluídos, a partir do resumo, os textos que tratavam somente da opinião ou percepção dos usuários e profissionais, os relacionados a uma categoria profissional específica exceto saúde bucal, e os que tratavam da dinâmica de instituições como hospitais, centros de atenção psicossocial e universidades. A partir destes critérios foram selecionados 67 artigos lidos na íntegra com foco na dimensão organização dos serviços. Desses, 36 foram selecionados para a revisão. O critério de inclusão utilizado nessa etapa foram textos que apresentavam aspectos relacionados a atenção básica como: acolhimento, interdisciplinaridade, continuidade, vigilância em saúde, vínculo, formação, educação permanente, gestão participativa, referência e contra-referência, regulação e promoção da saúde. Foram igualmente consultados livros brasileiros relacionados à temática da integralidade. A segunda etapa consistiu na elaboração de uma proposta de matriz avaliativa subsidiada pela revisão de literatura e orientada pelo modelo teórico-lógico. Na sequência a matriz foi submetida a um grupo de especialistas através da técnica de consenso *Delphi*. Participaram desse processo nove profissionais envolvidos com a temática da

integralidade, avaliação ou saúde bucal. Cada um recebeu via correio eletrônico a proposta da matriz avaliativa para análise e retorno à pesquisadora, responsável pela consolidação dos resultados e devolutiva. O consenso foi obtido após três rodadas e o processo realizado entre janeiro e março de 2012. Os especialistas concordaram com todos os indicadores e suas considerações e sugestões limitaram-se às medidas.

O modelo foi testado em quatro municípios de uma mesma região de saúde catarinense e que em 2011 tiveram bom desempenho na avaliação da atenção básica realizada pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Participaram da coleta os quatro coordenadores de saúde bucal e todas as vinte e quatro unidades de saúde que apresentavam serviços de saúde bucal nos municípios eleitos. Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário para a coordenação de saúde bucal e outro para os cirurgiões dentistas das unidades de saúde, ambos pré-testados e aplicados por uma pesquisadora treinada.

Os dados sistematizados e analisados em planilha *Excel* apresentam variáveis em escala nominal e discreta. As nominais referem-se a aspectos gerais do município e são dicotômicas. As discretas expressam aspectos das unidades de saúde e foram transformadas em percentual.

Para definição da escala de valor foi estabelecido o critério de notas. As medidas em percentual foram transformadas para escala decimal correspondendo à sua nota. Nas medidas dicotômicas atribuiu-se nota dez para as respostas afirmativas e zero para as negativas, conforme o contexto da pergunta.

Oajuizamento dos indicadores, subdimensões e dimensões foi dado pela média das notas obtidas em cada etapa anterior. Oajuizamento da gestão municipal ocorreu pelo consolidado dos resultados das duas dimensões, seguindo a mesma regra. O critério de classificação obedeceu a distribuição quartil. Nota igual ou superior a 7,5 correspondeu a classificação BOM, abaixo de 5,0 RUIM e para os demais valores REGULAR.

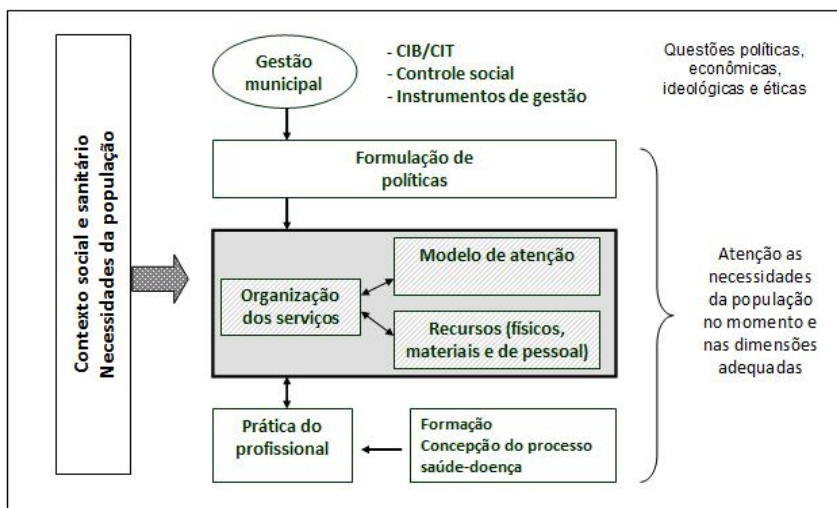
A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o protocolo nº 2165/11 e todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

O Modelo Teórico-Lógico

A concepção teórica que orienta o modelo (Figura 01) parte da constatação de que a descentralização da gestão confere maior responsabilidade e autonomia aos gestores municipais. Inserido em um contexto social, político e sanitário com influência direta sobre suas decisões o gestor deve adotar uma postura estratégica, dialógica e de articulação com os diversos atores envolvidos na produção de saúde⁹. No centro desta arena ele precisa organizar os serviços de saúde e formular políticas que respondam pelas necessidades da população sob sua responsabilidade. Ele precisa estabelecer pactos nas instâncias intergestoras e de participação social e expressá-los nos diferentes instrumentos de gestão. Tais decisões repercutem na estruturação dos serviços, na adequação física, material e de recursos humanos que compõem os serviços¹⁰.

Figura 01. Modelo teórico-lógico para a integralidade em saúde com foco na dimensão da organização dos serviços



A integralidade deve estar contemplada na construção de políticas as quais orientam a atuação da gestão com definição de programas e ações que induzem a conformação e organização dos

serviços de saúde e influenciam a atuação dos profissionais no exercício da integralidade².

Para a integralidade estar presente na organização dos serviços é preciso ofertar um modelo de atenção voltado para a vigilância em saúde e garantir recursos para sua implementação. Pelo primeiro esperam-se intervenções capazes de qualificar as ações dos serviços e uma abordagem profissional voltada para o conceito ampliado de saúde¹¹. Articulado ao modelo da Vigilância em Saúde é essencial a garantia de recursos que precisam ser disponibilizados para a efetivação da integralidade. A integralidade está presente nos serviços que articulam ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, com garantia de atenção nos três níveis do sistema, centrado na abordagem familiar e priorizando atividades de promoção e prevenção³.

O presente modelo de avaliação tem como objeto a integralidade na organização dos serviços por conceber que essa dimensão permite analisar aspectos das demais dimensões uma vez que reflete as políticas desenvolvidas pelos gestores e influenciam diretamente a prática dos profissionais. O agir cotidiano das instituições está expresso nos serviços, "espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de organização de produção/reprodução da vida coletiva¹²" (p.19). Por outro lado, a forma como os serviços estão organizados determina o perfil de assistência que se oferece, ou seja, influencia na prática dos profissionais que tendem a seguir a lógica determinada pela gestão¹³. A organização dos serviços denota o olhar do gestor em relação ao que é compreendido como importante no setor saúde e como consequência os profissionais seguem a lógica proposta.

A Matriz Avaliativa

A matriz avaliativa apresenta duas dimensões, oito sub dimensões, dezoito indicadores. Para sua aferição conta com vinte e quatro medidas, duas delas coletadas em fontes de dados secundários e as demais em fonte primária (Figura02).

1ª Dimensão: GARANTIA DE RECURSOS

A dimensão **GARANTIA DE RECURSOS** sintetiza os elementos necessários para estruturar os serviços agrupados em quatro subdimensões: **Recursos Humanos, Infraestrutura, Informação e Apoio e Regulação**.

Os **Recursos Humanos** possibilitam a construção de modelos de atenção voltados para a integralidade. É importante que sejam profissionais qualificados e em proporção adequada, expresso nos dois indicadores propostos: *‘Qualificação’ e ‘Cobertura’*.

O indicador *‘Qualificação’* ressalta a necessidade da formação dos profissionais coerente ao contexto do SUS sensíveis e conscientes da complexidade e necessária abrangência das ações a serem desempenhadas bem como o conhecimento dos serviços que o compõem. A medida proposta foi *cirurgiões dentistas com pós-graduação na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva ou Saúde da Família*. A qualificação dos recursos humanos voltada para a área da saúde pública permite aos profissionais uma melhor compreensão do processo saúde-doença e potencializa sua atuação no sentido de organizar, planejar, avaliar as ações de saúde e sensibilizar os demais membros da equipe para novas formas de organização dos serviços.

A relação quantitativa de profissionais de saúde e população influencia diretamente no potencial de organização dos serviços expressa pelo indicador *Cobertura*. A insuficiência de recursos humanos pode comprometer a realização das atividades por sobrecarga da demanda na atenção curativa⁶. Para evitar essa sobrecarga é preciso que os profissionais sejam responsáveis por um número delimitado de pessoas conforme parâmetro considerado adequado. A medida proposta foi relação de profissionais por população com o seguinte parâmetro: *1 cirurgião dentista para até 4000 habitantes*.

A **Infraestrutura** é um importante aspecto para dar suporte físico e recursos para os profissionais. São três os indicadores propostos: *‘Adequação da estrutura física’, ‘Disponibilidade’ e ‘Complexidade’*.

A *‘Adequação da Estrutura Física’* é um facilitador para a mudança das práticas, pois a condição destes espaços influencia na organização dos serviços¹⁴. A garantia de espaços adequados para o exercício profissional para além da abordagem clínica e individual reflete a preocupação da gestão em organizar serviços na perspectiva da integralidade. A medida eleita para esse indicador foi *existência de espaço reservado para reunião e/ou atividades educativas das equipes*.

Para o cumprimento do princípio de integralidade é preciso organizar serviços que respondam à demanda da população no momento em que ela necessitar. Por esse motivo elegeram-se o indicador *‘Disponibilidade’* cuja medida proposta foi *existência de unidade de pronto atendimento ou unidade de saúde com atendimento odontológico no 3º turno*.

Figura 02: Matriz avaliativa da integralidade na organização dos serviços de saúde, segundo suas dimensões, subdimensões e indicadores.

GARANTIA DE RECURSOS		
Pessoal		
Qualificação Formação voltada ao contexto do SUS	Cobertura Relação profissional: população compatível	
Infraestrutura		
Adequação da estrutura Permitir a realização de atividades além das clínicas	Disponibilidade Oferta de serviços de saúde em horários diversificados	Complexidade Atenção em todos os níveis de complexidade
Informação		
Atualização da Informação Subsídio para planejamento e acompanhamento das ações	Integração da Informação Acessível a todos os profissionais e em todos os níveis do sistema	
Apoio e Regulação		
Apoio Diagnóstico Suporte à definição terapêutica e resolução dos problemas	Central de Regulação Suporte e integração dos serviços nos diferentes pontos do sistema	
MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
Ações Estratégicas		
Planejamento Priorização e enfrentamento adequados dos problemas de saúde local	Gestão Participativa Envolvimento da comunidade para melhor compreensão dos processos	
Apropriação da Realidade		
Apropriação do Território Conhecimento dos determinantes, fatores de risco e grupos vulneráveis no espaço social	Educação Permanente Elementos e problemas como ferramenta de reflexão e capacitação para superação dos problemas locais	
Longitudinalidade		
Vínculo Permanência de trabalho no mesmo território possibilita integração com a comunidade	Continuidade Permite precocidade na identificação de agravos crônicos. Reflete melhoria da saúde.	
Atenção		
Promoção e Prevenção Projetos conjuntos e freqüentes	Interdisciplinaridade Diferentes olhares potencializam a resolução dos problemas	Acolhimento Postura profissional para atender a demanda

O indicador '*Complexidade*' procura expressar a relação da integralidade com a continuidade da assistência e pressupõe a articulação das ações nos diferentes níveis de atenção para a resolução das demandas dos usuários⁷. A oferta de serviços nos diferentes níveis deve atender a todas as pessoas independente da faixa etária. Foi eleita como medida de aferição do indicador *a existência de serviço de referência para reabilitação protética (próprio/conveniado/contratado)*. A escolha pela reabilitação protética se deu pelo fato de não ser requisito mínimo para a implantação de um Centro de Especialidades

Odontológicas, ter recursos de financiamento disponíveis e por ser uma especialidade que reabilita a população adulta e idosa que historicamente foi excluída dos serviços de saúde bucal.

A **Informação** integrada e atualizada permite um olhar ampliado e auxilia no planejamento de ações e na visualização de aspectos relacionados à população. Para esta subdimensão foram propostos dois indicadores: '*Atualização da informação*' e '*Integração da informação*'.

O primeiro, '*Atualização da Informação*', procura refletir a organização do sistema de informação, instrumento importante para a equipe garantir a integralidade. Os dados coletados durante o processo de trabalho geram informações que deveriam ser utilizadas para o planejamento de ações, na definição de prioridades e na organização dos serviços. Precisam ser atualizados continuamente. A medida para avaliar esse indicador foi: *número de meses sem atualização dos bancos de dados do SIA/ SUS e SIAB no ano de 2011*. No banco SIAB foram considerados somente os atendimentos referentes ao pré-natal, puericultura, diabetes e hipertensos por serem atendimentos de atribuição de todos os profissionais da equipe e que, portanto não se justificam dados zerados.

O acesso a informações do indivíduo nos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais possibilita aos profissionais de saúde uma abordagem ampliada. Para o indicador '*Integração da Informação*' foram propostas duas medidas. A primeira foi *existência de prontuário único*, por criar possibilidades da atuação conjunta da equipe de saúde bucal e das demais profissões e permitir aos profissionais o acesso às informações capazes de qualificar a assistência. A segunda medida *existência de prontuário acessível aos demais níveis da rede* possibilita o diálogo entre os profissionais, auxilia na prestação de um cuidado integral e fortalece a continuidade e a coordenação da assistência⁷.

Os serviços de **Apoio e Regulação** são mecanismos que favorecem uma organização dos fluxos nos diferentes níveis e proporcionam suporte diagnóstico para a escolha terapêutica dos profissionais. Os indicadores eleitos para essa subdimensão foram '*Apoio diagnóstico*' e '*Regulação*'.

Os serviços de '*Apoio Diagnóstico*' são essenciais para assegurar a integralidade da assistência, dão suporte ao profissional e auxiliam na resolução do tratamento. A medida definida foi *oferta de serviço de apoio diagnóstico de lesões de mucosa (próprio/conveniado/contratado)*. A escolha desta especialidade é devido ao potencial de gravidade de algumas lesões. Segundo dados do

Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam-se 9.990 novos casos de câncer bucal em homens e 4.180 em mulheres para o ano de 2012.

A **'Regulação'** é um mecanismo para dar suporte e integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção. A medida para avaliar esse indicador foi: *existência de central de regulação no município*. As centrais de regulação gerenciam o agendamento e distribuem de forma equânime e rápida as consultas e exames demandados³.

2ª Dimensão MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Para a integralidade estar presente na organização dos serviços é necessário um modelo de atenção que possibilite aos profissionais o reconhecimento e a apreensão das necessidades da população sob sua responsabilidade sanitária. O modelo da vigilância concebe a saúde de modo ampliado e busca a reorganização dos serviços a partir de uma proposta que focaliza nos pilares território, problemas e práticas¹¹. A dimensão **MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE** apresenta de quatro subdimensões: **Ações Estratégicas; Apropriação da realidade; Longitudinalidade e Atenção.**

As **Ações estratégicas** são as atividades que possibilitam definir e organizar os serviços pautados no modelo vigilância em saúde e estão expressas em dois indicadores: **'Planejamento'** e **'Gestão Participativa'**.

O Indicador **'Planejamento'** é pautado no entendimento que para responder e resolver as necessidades da população é preciso discutir, priorizar e compreender causas e conseqüências dos problemas e elaborar estratégias para o seu enfrentamento. As equipes ao realizar reuniões de planejamento apresentam maiores possibilidades de organizar os serviços na perspectiva da integralidade, pois esse é o momento propício para discussão das ações, de compartilhamento dos saberes e conseqüente aprimoramento dos serviços¹¹. O indicador foi aferido por duas medidas. A primeira *realização de reunião de planejamento semanal ou quinzenalmente*. O espaço para o planejamento precisa ser assegurado semanal ou quinzenalmente para que os profissionais possam ofertar ações planejadas e coerentes às necessidades da comunidade acompanhando sua dinâmica. A segunda medida *discussão das propostas de saúde bucal em reunião* expressa a necessária inclusão da saúde bucal nesse contexto com discussão de suas ações em conjunto com a equipe, a fim de evitar uma organização dos serviços odontológicos desvinculada das demais profissões.

O indicador '*Gestão Participativa*' evidencia que os espaços de discussão colegiada como os conselhos locais de saúde ou colegiados gestores propiciam aos profissionais uma maior aproximação das necessidades de saúde da população sendo um dos dispositivos de orientação das equipes na organização dos serviços da atenção básica¹⁵. A medida proposta foi *participação de algum membro da equipe de saúde bucal nas reuniões de colegiado ou conselho local de saúde*.

A subdimensão **Apropriação da Realidade** contempla ações que permitem uma apreensão do contexto sócio-sanitário da comunidade. O conhecimento da realidade indica os pontos que precisam ser aprimorados pelos profissionais para que estes organizem os serviços conforme o modelo de atenção da Vigilância em Saúde. São dois os indicadores propostos: '*Apropriação do Território*' e '*Educação Permanente em Saúde*'.

A '*Apropriação do Território*' dada pelo acompanhamento, observação e análise permanente da situação de saúde da população permite o reconhecimento da área de atuação e fornece informações que auxiliam no planejamento de ações. Foram propostas duas medidas: *participação do cirurgião dentista no processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência com marcadores de saúde bucal*. A territorialização proporciona melhor reconhecimento da área e fornece dados que podem ser transformados em marcadores. Segundo Goes e Moysés¹⁶ a produção de informação em saúde bucal e sua utilização para o planejamento é um desafio que pressupõe a atuação dos profissionais dentro de um modelo de vigilância da saúde. Nesse contexto é necessário o conhecimento dos determinantes, dos fatores de risco e dos grupos vulneráveis a serem considerados na população adstrita ao território.

A '*Educação Permanente em Saúde*' utiliza os elementos e situações locais como ferramenta de reflexão e capacitação para superação dos problemas vivenciados nos serviços¹⁷. Portanto, possibilita a apreensão da realidade. O processo de educação permanente tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Está diretamente relacionada à qualificação dos serviços voltados à realidade e possibilita aos profissionais organizá-los na perspectiva da integralidade. Para sua aferição elegeram-se como medida a *realização de atividade de educação permanente no ano de 2011*.

A subdimensão **Longitudinalidade** foi eleita como expressão da abordagem profissional que possibilita uma apreensão das necessidades e uma continuidade da assistência ofertada ao usuário,

fundamentais ao modelo de vigilância. Para esta subdimensão foram propostos dois indicadores: **‘Vínculo’ e ‘Continuidade’**.

O **‘Vínculo’** está relacionado ao tempo em que o profissional de saúde trabalha no mesmo território o que possibilita sua integração com a comunidade e a longitudinalidade do cuidado. Nessa perspectiva possibilita reconhecer os sujeitos além da dimensão clínica, os diferentes fatores que podem influenciar na sua saúde e assim responder de maneira integral pelas suas necessidades^{18,19}. O profissional se torna uma referência para a população sob sua responsabilidade e isto fortalece a relação profissional-usuário, além de possibilitar maior efetividade das ações de tratamento e da oferta de um cuidado integral. A medida eleita foi *cirurgiões dentistas que trabalham há mais de 2 anos na mesma unidade de saúde*.

A **‘Continuidade’** expressa a oferta de serviços de forma contínua e em todos os níveis de atenção. Os serviços de saúde devem responder pelas necessidades da população até esgotar sua capacidade de resolução. Para medir este indicador foram propostas duas medidas. Para a atenção básica a medida foi *oferta de tratamento completado (TC) para todas as faixas etárias*. Isso traduz a ideia da continuidade e evidencia a preocupação do serviço de prestar um cuidado integral, devendo ser ofertado a todas as faixas etárias de maneira a romper com uma forma de organização clássica dos serviços de saúde bucal excludente com privilégio de grupos prioritários. A não oferta de TC gera uma baixa resolubilidade pela maior permanência dos usuários no serviço sem a garantia de conclusão do tratamento²⁰. A continuidade precisa ser garantida nos demais níveis para isso foi proposta uma segunda medida *alcance do parâmetro mínimo de procedimentos odontológicos especializados proposto pela Portaria no 1.101/GM*²¹.

A subdimensão **Atenção** representa a organização das ações ofertadas para os usuários de modo coerente às ações estratégicas e à realidade local. Foram propostos três indicadores: **‘Ações de Promoção e Prevenção’, ‘Interdisciplinaridade’ e ‘Acolhimento’**.

As **‘Ações de Promoção e Prevenção’** são essenciais para construção de uma atenção integral e devem estar previstas nos serviços organizados na perspectiva da integralidade³. Para aferir esse indicador foram propostas duas medidas: *existência de projetos de promoção realizados em conjunto pela equipe e realização de atividades preventivas em pelo menos 1 período semanal*.

Pela **‘Interdisciplinaridade’** diferentes olhares contribuem para uma melhor atuação e evita uma prática reducionista. Para Santos e Assis²⁰ trata-se de uma ferramenta com potencial para alterações no

processo de trabalho com a adoção de práticas originais voltadas para a integralidade. A medida eleita para esse indicador foi: *projetos terapêuticos integrados com participação da saúde bucal*. A construção de projetos terapêuticos integrados contribui para a ampliação e redefinição das ações na direção de uma atenção integral¹¹.

O ‘*Acolhimento*’ foi assumido como uma postura para receber, ouvir e atender de forma humanizada o usuário que procura os serviços de saúde, que deve ser adotada por todos os profissionais da equipe e a todo momento²². São duas as medidas propostas para esse indicador. *Unidades de saúde que realizam acolhimento e integração da equipe de saúde bucal na equipe de acolhimento*.

Teste de aplicabilidade

A partir do teste de aplicabilidade foi possível verificar que o modelo é capaz de captar diferentes modos de gestão nos municípios. Os indicadores demonstraram características ideais de comportamento como validade, facilidade, agilidade, disponibilidade e discriminação.

A aplicação direta do instrumento permitiu observar o comportamento dos respondentes e identificar dificuldades na coleta, para ajustes do mesmo. Observou-se dificuldade dos respondentes perceberem que o modelo era da integralidade e que sua adoção na área de saúde bucal em alguns momentos foi uma estratégia metodológica. As questões tratavam da inserção da saúde bucal nas atividades atribuídas às equipes multiprofissionais da unidade de saúde. Além disso, haviam medidas aplicadas à equipe geral nas quais os profissionais respondiam apenas ao que ocorria na saúde bucal demandando da entrevistadora a explicação da medida. Importante ressaltar que o modelo aqui proposto não é específico da saúde bucal. Os indicadores expressam características da integralidade em saúde e devem ser adotados pelos profissionais em geral. A estratégia de aplicá-lo à saúde bucal funcionou enquanto *proxy* da equipe geral. Se a saúde bucal, que historicamente esteve desvinculada das demais categorias, realizar as ações conforme preconizado indica que a integralidade está assegurada. Uma nota explicativa no início do instrumento deve ser providenciada. Por outro lado, essa postura pode ser pelo fato de os dentistas de algumas unidades não se sentirem integrantes de uma equipe multiprofissional o que reflete a inexistência da integralidade e reafirma a validade do modelo.

Nas questões em que foi perceptível a dificuldade de compreensão e que suscitaram esclarecimentos para sua resposta propõe-se alterações para aprimoramento do instrumento afim de evitar incompreensões caso o modelo seja aplicado em avaliações futuras. As questões modificadas foram em relação aos indicadores '*Gestão Participativa*' e '*Continuidade*'.

No indicador '*Gestão Participativa*' alguns profissionais questionavam se os conselhos locais de saúde em processo de implantação poderiam ser considerados. Desse modo coube a modificação da questão para evitar respostas incorretas, reafirmando tratar-se daqueles em funcionamento. A questão que aferia o indicador '*Continuidade*' foi interpretada por alguns profissionais de maneira equivocada. Alguns entenderam que ao oferecer um número de retornos mesmo que limitado isso seria correspondente a ideia de tratamento completado. Desse modo a questão foi complementada com a indicação de tratar-se de retornos garantidos, sem limitação de consultas até a completa resolução das suas necessidades.

Todas as variáveis estavam disponíveis nos locais onde foram buscadas. No nível central as informações foram disponibilizadas no momento da coleta e facilmente acessadas pelos coordenadores. O mesmo ocorreu quando da coleta nas unidades de saúde e com os dados secundários acessados pelo site do *Datasus*. Os respondentes dominavam a quase totalidade das respostas, exceto nos momentos de dificuldade de compreensão da pergunta por falta de domínio conceitual ou por confusão quanto ao foco de análise. Outro aspecto observado foi a rapidez com que os profissionais respondiam as questões. Isso leva a crer que os indicadores e as medidas propostas são acessíveis e o instrumento de fácil utilização pelas equipes.

Quanto à capacidade de discriminação, foi possível constatar que os indicadores apresentaram variação, exceto naqueles onde o comportamento era esperado ou que se tenha explicação local para o mesmo.

O indicador '*Gestão Participativa*' apresentou valores baixos para todos os municípios, situação já esperada, pois evidencia a pouca participação da saúde bucal nos espaços de gestão colegiada, mas que deve ser alcançada.

No indicador '*Apropriação do território*' uma das medidas teve seu comportamento quase zerado, pois se tratava de uma atividade pouco presente nos serviços. A presença de marcadores de saúde bucal foi afirmada em apenas uma das vinte e quatro unidades de saúde avaliadas. A inexistência desses marcadores foi consoante a observação

feita dos especialistas na oficina de consenso. Apesar da constatação a medida foi mantida, pois os dados de saúde bucal traduzidos em marcadores poderiam ser utilizados como uma ferramenta no processo de reconhecimento do território e no planejamento das ações. A inexistência de marcadores de saúde bucal denota que os profissionais não inseriram esta ação como uma prática dentro do seu cotidiano¹⁶.

O indicador '*Continuidade*' mostrou similaridade nos quatro municípios. A medida *número de consultas odontológicas especializadas* foi obtida no SIA/SUS delimitando a busca pelos procedimentos compreendidos nos códigos relativos à saúde bucal. Foram desconsiderados os procedimentos que possuíam uma interface com a atenção primária a fim de evitar super notificação. Ao analisá-los verificou-se um baixo número de procedimentos especializados registrados no sistema. Isso evidencia a falta de preenchimento dos registros por parte dos profissionais da saúde bucal, dificultando a utilização destas informações para avaliação dos serviços. A manutenção da medida foi assumida como forma de sensibilizar os gestores e profissionais para a importância dos registros de saúde bucal e seu potencial como elemento de avaliação.

O indicador '*Disponibilidade*' também apresentou todos os valores zerados. Tal comportamento já era esperado, pois a oferta de serviço odontológico nas unidades de pronto atendimento ou nas unidades com terceiro turno, ainda não é uma realidade na maioria dos municípios brasileiros, mas essencial para a integralidade.

Quanto ao indicador '*Atualização da Informação*' todos os municípios avaliados apresentaram os dados atualizados. Apesar do comportamento linear este indicador teve poder discriminatório, quando analisado o contexto estadual, onde setenta e um municípios em Santa Catarina apresentaram pelo menos um mês sem preenchimento do banco. Isto representa 24,25% dos municípios catarinenses. Esse resultado fortalece a manutenção do indicador corroborando com os estudos de Berretta²³ e Passos⁹ que também utilizaram essa medida.

O indicador '*Ações de Promoção e Prevenção*' apresentou resultado ruim para os municípios. A medida questionava quanto à realização de projeto de promoção da saúde e a grande maioria dos profissionais declarou a realização destas atividades. Porém, ao analisar a especificação da atividade, solicitada no instrumento de coleta para confirmar a afirmação, verificou-se que alguns cirurgiões dentistas citaram atividades preventivas de caráter odontológico como ações de promoção. Além disso, os profissionais freqüentemente associavam o conceito de promoção da saúde às práticas de educação em saúde

esquecendo que esta, de forma isolada, é uma atividade de baixo impacto e sustentabilidade²³. Por isso o indicador e suas respectivas medidas foram mantidas propondo-se melhor explicação do conceito de promoção no instrumento de coleta.

A medida do indicador '*Cobertura*' foi de fácil obtenção, porém de difícil análise, pois em algumas unidades o número de dentistas era maior do que de médicos e enfermeiros. Isto se deu pelo fato dos dentistas trabalharem meio turno, diferente dos demais. Efetuou-se alteração na forma de coleta, para facilitar a análise dos dados, incluindo a solicitação da informação sobre a carga horária dos profissionais.

O indicador '*Complexidade*' apresentou pouca variabilidade, pois investigava a presença de um serviço não obrigatório, mas desejável e a partir dos resultados, na maioria negativos, ficou evidente a fragilidade deste aspecto para garantir a integralidade nos serviços destes municípios. Este indicador apresenta capacidade de diferenciar uma gestão municipal preocupada com a integralidade dos serviços ofertados a população, tem linha de financiamento disponível e por isso foi mantido.

Considerações finais

O modelo de avaliação alcançou seu propósito de avaliar se a gestão municipal propicia que a integralidade seja implementada através da análise da organização dos serviços de saúde. O modelo é de fácil aplicabilidade, é pertinente e tem poder discriminatório. Reconhece-se a existência de fatores contextuais que interferem nesse processo. Espera-se do modelo desenvolvido a sua utilização pelos gestores e os profissionais de saúde para auxiliar no planejamento e gestão. Todo o processo avaliativo apresenta uma intencionalidade que ultrapassa a ação de avaliar para uma reflexão sobre os aspectos que regem a organização dos serviços, direcionando o olhar sobre as deficiências e as potencialidades. Desta forma é possível pensar criticamente sobre as ações de saúde e propor novas conformações em busca de qualificação dos serviços. A aplicação do modelo de avaliação pela pesquisadora contribuiu para uma aproximação do contexto na qual estão inseridos os profissionais de saúde e permitiu o reconhecimento de alguns fatores que influenciam de forma positiva ou negativa na organização dos serviços. Durante a coleta os profissionais refletiam sobre sua atuação e muitos manifestavam interesse em trabalhar em outra lógica. Isso evidencia que a avaliação cumpriu seu papel de contribuir e não de punir, como usualmente o termo é associado. O processo de aplicação também aproximou os profissionais da avaliação, que é uma das atividades de atribuição da atenção básica. A participação em avaliações permite uma maior familiaridade com a área e pode possibilitar interesse em efetuar-la como prática dos serviços.

Referências Bibliográficas

1. Siqueira MP, Bussinguer ECA. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*. 2010 8,p. 253-309.
2. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: Pinheiro R, Mattos RA. 1ed organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p.
3. Giovanella L, et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*. 2002 Jan-Abr 26 (60); p.37-61.
4. Mattos RA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*. 2004 Set/Out 20 (5); p.1411-16.
5. Paim J, Vieira-da-Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2010 Ago 12(2); p.109-14.
6. Connil EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2004 Set-Out 20(5); p.1417-23.
7. Silva Junior AG et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade In: Pinheiro R, Mattos RA. 1ed organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.61-90.
8. Moyses SJ, Goes PSA. A formulação de políticas públicas de saúde bucal IN: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. 1 ed. organizadores. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
9. Passos AS. Modelo de avaliação da gestão municipal estratégica e participativa. [Dissertação]. [Santa Catarina]:Universidade Federal de Santa Catarina: 2012. p. 297.

10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 248p.
11. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009 Mai/Jun 14 (3); p. 929-36.
12. Pinheiro R; Luz MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade IN: Pinheiro, Mattos RA. 3 ed. organizadores. *Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. 228p.
13. Camargo Junior, KR et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Caderno de Saúde Pública*. 2008 Jan 24(1); p.558-68.
14. Ministério da Saúde. Política nacional da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
15. Ministério da saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
16. Goes PSA, Moysés SJ. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal In: Goes PSA, Moysés SJ. 1 ed. organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 248.
17. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. Gerhardt TE, et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: Pinheiro R, Silva Junior, AG, Mattos RA. 1 ed. organizadores. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; c2011. p.197-214.
19. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da

Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 MES 16(1): 1029-42.

20. 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. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006 Jan/Mar 11(1); p.53-61.

21. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

22. Berreta IQ. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2011 Nov 27(11); p. 2143-154.

23. Kusma S; Moysés ST; Moysés SJ. Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. IN: Goes PSA, Moysés SJ. 1 ed. organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 248.

APÊNDICES

- APÊNDICE A –** Convite aos especialistas para participação da Oficina de Consenso – Técnica *Delphi*.
- APÊNDICE B –** Matriz avaliativa resultado da técnica de Consenso *Delphi*
- APÊNDICE C –** Questionário para coleta de dados na Coordenação de Saúde Bucal.
- APÊNDICE D –** Questionário para coleta de dados nas Unidades de Saúde.
- APÊNDICE E –** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa
- APÊNDICE F –** Modificações no questionário para coleta de dados nas Unidades de Saúde .
- APÊNDICE G –** Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 1 (n=4).
- APÊNDICE H –** Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 2 (n=5).
- APÊNDICE I -** Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 3 (n=9).
- APÊNDICE J -** Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 4 (n=6).

APÊNDICE A – Convite aos especialistas para participação da Oficina de Consenso – Técnica *Delphi*.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Prezado(a) _____

Meu nome é Fernanda Leitão Pacheco, sou aluna de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e venho por meio deste convidá-lo a participar de uma importante etapa do meu projeto de dissertação, intitulado **“Avaliação da integralidade na organização dos serviços: uma aplicação em saúde bucal”** sob orientação da Prof^a Dr^a Josimari Telino de Lacerda.

O objetivo principal deste estudo é desenvolver um modelo de avaliação para a integralidade na organização dos serviços tendo como *locus* de aplicação a saúde bucal. Para tanto foi desenvolvido, no decorrer das disciplinas de avaliação do mestrado, os modelos teórico e lógico para a integralidade na organização dos serviços de saúde. Estes modelos permitiram a construção de uma matriz avaliativa com dimensões, indicadores e medidas.

Do ponto de vista metodológico é recomendável a realização de oficinas de consenso envolvendo especialistas no objeto do estudo contemplando diferentes olhares na perspectiva de validar o instrumento. Sua participação será contribuir na leitura e análise crítica dos modelos e da matriz avaliativa com alteração de componentes, caso julgue necessário. As respostas serão analisadas e consolidadas com as dos demais participantes, com preservação do anonimato, e reenviadas a todos para ciência e julgamento das alterações que houverem.

Desde já agradeço sua disponibilidade e solicito por gentileza o retorno de aceite até dia 20/12/2011 por meio eletrônico, caso deseje participar. Informo que o processo de análise terá início no dia 15/01/2012 quando encaminharemos uma mensagem via e-mail contendo orientações sobre o funcionamento da oficina e documentos para análise.

Atenciosamente,

Fernanda Leitão Pacheco Email

fepacheco82@gmail.com Tel

(48) 99170696

APÊNDICE B- Matriz avaliativa resultado da técnica de Consenso Delphi

DIMENSÃO 1 - GARANTIA DE RECURSOS: A garantia de recursos é parte essencial para organizar os serviços na lógica da integralidade. Cabe ao gestor municipal prover as condições necessárias para estruturar um sistema de serviços nessa perspectiva. A oferta de serviços nos três níveis de assistência proporciona a continuidade da atenção. É necessário que os profissionais de saúde disponham de estrutura física adequada para desempenharem suas ações. A presença de profissionais qualificados e em proporção adequada são aspectos que a gestão deve considerar ao organizar os serviços de saúde na lógica da integralidade. Os serviços de saúde precisam apresentar fluxos de informação entre os diferentes níveis sendo os serviços de apoio e regulação são fundamentais para organizar esses fluxos para que possam responder da melhor maneira pelas necessidades demandadas pela população.

SUBDIMENSÃO: Recursos Humanos

INDICADOR: *Qualificação*

RATIONALE: Para desempenhar as atribuições definidas para a atenção básica faz-se necessário que os profissionais sejam qualificados. A formação dos profissionais precisa ser coerente ao contexto do SUS, ou seja, que abarque a complexidade e o caráter abrangente de ações a serem desempenhadas bem como o conhecimento dos serviços que o compõem. Nessa perspectiva a qualificação dos recursos humanos voltada para a área da saúde pública cria maiores possibilidades de sensibilizar os profissionais para reorganização dos serviços, consoante ao ideário preconizado pelo SUS. Acredita-se que a formação nessa área permite aos profissionais uma melhor compreensão do processo saúde doença e potencializa suas ações no sentido de organizar, planejar e avaliar as ações de saúde na perspectiva da integralidade

MEDIDA:

- *Cirurgiões dentistas com pós-graduação na área de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família.*

Perguntas do questionário:

7. Quantos cirurgiões dentistas (excluindo os que trabalham somente na gestão) trabalham na unidade de saúde? _____

7b. Quantos deles possuem pós-graduação (especialização ou mestrado ou doutorado) na área de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família? _____

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Cobertura*

RATIONALE: A relação de número de profissionais de saúde e população a ser atendida influencia diretamente no potencial de organização dos serviços. Para os profissionais trabalharem na lógica da integralidade eles precisam desempenhar uma série de ações e atividades que exigem uma organização e adequação para que possam ser ofertados serviços de qualidade à população. A insuficiência de recursos humanos pode comprometer a realização de certas atividades por sobrecarga da demanda por atenção curativa (CONNIL, 2004). De maneira a não ocorrer essa sobrecarga das equipes é preciso que os profissionais sejam responsáveis por uma população delimitada de acordo com um parâmetro considerado adequado. A portaria GM/MS 1.444/2000 considera que cada equipe seja responsável por até 4000 habitantes e para a saúde bucal até 6.900 habitantes. Essa disparidade, acima do preconizado, impossibilita a organização dos serviços na perspectiva da integralidade. Para que a integralidade esteja presente na organização dos serviços a saúde bucal precisa ter sob sua responsabilidade a mesma população dos demais profissionais.

MEDIDA:

- *Relação de 1 cirurgião dentista para até 4000 habitantes.*

Pergunta do questionário:

13. Qual a população da área de abrangência da unidade de saúde?

Comentário do especialista:

SUBDIMENSÃO: Infraestrutura

INDICADOR: *Adequação da estrutura física*

RATIONALE: Para a realização de atividades coerentes ao modelo de vigilância em saúde é necessário que os profissionais trabalhem em um local com estrutura física adequada. A gestão deve proporcionar unidades de saúde adequadas para as equipes desempenharem as atividades preconizadas para a atenção básica. A adequação da estrutura física das unidades pode ser vista como um fator facilitador para a mudança das práticas, pois a condição destes espaços influencia na organização dos serviços. De acordo com as especificações e recomendações do manual de estrutura física do Ministério da Saúde é recomendado que todas as unidades tenham minimamente na planta física um espaço para realização de reuniões ou atividades educativas (BRASIL, 2008). A escolha por esses espaços como medida se deu em função de que são ambientes que contribuem para a realização de ações pautadas na integralidade, É fundamental que a gestão contribua oferecendo condições de trabalho apropriadas para que os profissionais possam desempenhar suas ações.

MEDIDA:

- *Existência de espaço reservado para reunião ou atividade educativa pela saúde bucal*

Perguntas do questionário:

10. Existe na unidade de saúde espaço próprio para atividade educativa ou reunião?

() Sim () Não

10a. Em caso afirmativo, este espaço é utilizado para esta finalidade?

() sim () não

10b. Este espaço é também utilizado pela equipe de saúde bucal?

() Sim () Não

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Disponibilidade*

RATIONALE: Os serviços organizados na perspectiva da integralidade precisam responder pela demanda da população no momento em que ela necessita. Conforme Mattos (2007), o contexto de vida social na qual os usuários estão inseridos muitas vezes é incompatível com a estruturação dos serviços ofertados pelo município. Portanto, a gestão precisaria organizar ações compatíveis com as necessidades de saúde desses indivíduos que buscam uma resposta pelo sistema. A disponibilidade de serviços de urgência ou de unidades com atendimento em horários flexíveis são alternativas para oferecer uma resposta à demanda.

MEDIDA:

- *Existência de unidade de pronto atendimento ou unidade de saúde com atendimento odontológico no 3º turno no município.*

Pergunta do questionário:

Existe no município alguma unidade de pronto atendimento ou unidade com atendimento no período noturno? () sim () não

Em caso afirmativo, esta oferece atendimento odontológico? () sim () não

Comentário do especialista:**INDICADOR: *Complexidade***

RATIONALE: A integralidade está relacionada com a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção de maneira que ocorra a articulação das ações para a resolução das demandas dos usuários (SILVA JR, et al. 2006). A oferta de serviços nos demais níveis de atenção deve atender a todos os grupos e faixas etárias da população. Na saúde bucal a oferta de serviços de reabilitação protética reflete o atendimento de uma população historicamente excluída dos serviços odontológicos. A existência de referência deste serviço reflete a preocupação do gestor em ofertar serviços necessários para uma assistência integral.

MEDIDA:

- *Existência de serviço de referência próprio/conveniado/contratado para reabilitação protética*

Pergunta do questionário:

Diante da necessidade de um serviço de reabilitação protética (prótese odontológica) para qual serviço de referência o usuário é encaminhado?

- () serviço público no próprio município.
- () serviço público fora do município.
- () não existe serviço de reabilitação protética de referência.

Comentário do especialista:

SUBDIMENSÃO: Informação**INDICADOR: Atualização da informação**

RATIONALE: Reflete a organização do sistema de informação, que é um instrumento importante para a equipe garantir a integralidade na organização dos serviços. Os dados coletados pelas equipes durante seu processo de trabalho geram informações importantes e que deveriam ser utilizadas para o planejamento de ações. Para tanto precisam ser atualizados continuamente a fim de que os profissionais possam utilizá-las com confiabilidade na definição de prioridades e na organização dos serviços.

MEDIDA:

- *Número de meses sem atualização dos bancos de dados SIA/SUS e SIAB no ano de 2011*

Comentário do especialista:

INDICADOR: Integração da informação

RATIONALE: O prontuário unificado facilita aos profissionais de saúde o acesso a informações do indivíduo nos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais possibilitando uma abordagem voltada para a integralidade. A disponibilização dessas informações em qualquer

ponto do atendimento possibilita o diálogo entre os profissionais, auxilia na prestação de um cuidado integral e também fortalece a continuidade e a coordenação da assistência (DA SILVA JR, et al 2006).

MEDIDAS:

- *Existência de prontuário único*
- *Existência de prontuário acessível aos demais níveis da rede*

Pergunta do questionário:

3. Como é o prontuário nas unidades de saúde do município?

() papel () informatizado

3a. Caso o prontuário seja informatizado isto ocorre em todos os níveis de atenção do sistema? () sim () não

3b. Ao preencher o prontuário o cirurgião dentista tem acesso às demais informações de saúde do paciente? () sim () não

Comentário do especialista:

SUBDIMENSÃO: Apoio e Regulação

INDICADOR: Apoio diagnóstico

RATIONALE: São serviços essenciais para assegurar a integralidade da assistência, pois dão suporte ao profissional para acerto da terapêutica e auxiliam na resolução do tratamento. Na área da saúde bucal o apoio diagnóstico de lesões de mucosa é um serviço compreendido entre o elenco mínimo de ações oferecidas por um CEO (BRASIL, 2008). A escolha desta especialidade é devido ao potencial de gravidade de algumas lesões e pelo fato do câncer bucal ser de considerável incidência com estimativas que apontam cerca de 9.990 novos casos de câncer bucal em homens e 4.180 em mulheres para o ano de 2012 (Brasil, 2011). Isso demonstra a necessidade de serviços de referência com agilidade no encaminhamento e no diagnóstico para resolução dos casos.

MEDIDA:

- *Oferta de serviço próprio ou conveniado/contratado de apoio diagnóstico de lesões de mucosa*

Pergunta do questionário:

4. Existe oferta de serviço de referência próprio ou conveniado/contratado para apoio e diagnóstico de lesões de mucosa?
 () sim, serviço público ou conveniado/contratado no município.
 () sim, serviço público ou conveniado/contratado fora do município.
 () não existe referência para apoio diagnóstico de lesões de mucosa.

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Regulação*

RATIONALE: É um mecanismo de organização para dar suporte e integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção contribuindo para a integralidade da assistência. As centrais de regulação servem como meios de organizar a referência adequada das solicitações de consultas e exames especializados, a gerência do agendamento e a distribuição de forma equânime e rápida das consultas demandadas. A existência de centrais de regulação evidencia a preocupação da gestão em organizar e garantir os serviços nos diferentes níveis de atenção do sistema (GIOVANELLA, *et al* 2002).

MEDIDA:

- *Existência de central de regulação no município*

Pergunta do questionário:

5. Existe no município central de regulação para consultas especializadas? () sim () não

Comentário do especialista:

DIMENSÃO 2 - MODELO VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Para a integralidade estar presente na organização dos serviços é preciso de um modelo de atenção na atenção básica que possibilite aos profissionais o reconhecimento e a apreensão das necessidades da população sob sua responsabilidade sanitária. O modelo da vigilância em saúde é direcionado para este objetivo, pois concebe a saúde de modo ampliado tendo como pressuposto uma visão integral do processo saúde-doença.

A vigilância em Saúde busca uma reorganização dos serviços locais de saúde a partir de uma proposta que focaliza nos pilares território, problemas e práticas (OLIVEIRA;CASANOVA, 2009).

SUBDIMENSÃO: Ações Estratégicas

INDICADOR *Planejamento*

RATIONALE: É preciso discutir as ações e planejá-las para responder pelas necessidades da população. As equipes de saúde que conseguem realizar reuniões apresentam maiores possibilidades de organizar os serviços na perspectiva da integralidade, pois esse é o momento propício para discussão das ações, de compartilhamento dos saberes e conseqüente aprimoramento dos serviços (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). As reuniões precisam ser realizadas com uma frequência contínua para que as ações possam ser discutidas e planejadas conforme o reconhecimento das necessidades de saúde expressas no cotidiano dos serviços e no território de atuação. O espaço para o planejamento precisa ser assegurado semanal ou quinzenalmente para que os profissionais possam ofertar ações planejadas e coerentes às necessidades da comunidade. A saúde bucal precisa estar inserida nesse contexto e discutir suas ações em conjunto a fim de evitar uma organização dos serviços desvinculada das demais profissões, característica comumente encontrada na área. Desse modo a discussão das propostas de saúde bucal no espaço das reuniões denota uma preocupação com a integralidade das ações.

MEDIDAS:

- *Participação da equipe de saúde bucal nas reuniões de área ou equipe*
- *Discussão das propostas de saúde bucal em reunião de equipe.*

Perguntas do questionário:

1. As equipes de saúde realizam reunião de planejamento?

() sim , qual frequência? _____ () não

1a. O cirurgião dentista participa da reunião?

() sim, qual a frequência? _____ () não

1b. As propostas de ações e serviços de saúde bucal são discutidas em reunião? () sim() não

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Gestão participativa*

RATIONALE: Os espaços de discussão colegiada como os conselhos locais de saúde ou colegiados gestores propiciam aos profissionais uma maior aproximação das necessidades de saúde da população sendo um dos dispositivos de orientação das equipes na organização dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2006). A identificação das necessidades da população é essencial para organizar serviços na perspectiva da integralidade. Acredita-se que existência desses espaços de gestão participativa e a participação de algum membro da equipe de saúde bucal nas discussões criam oportunidades de inserir e modificar a organização das ações.

MEDIDA:

- *Participação de algum membro da equipe de saúde bucal nas reuniões de Colegiado ou Conselho Local de Saúde.*

Perguntas do questionário:

2. A unidade de saúde apresenta Colegiado Gestor ou Conselho Local de Saúde? () sim () não

2a. Algum membro da equipe de saúde bucal participa desses espaços? () sim () não

Comentário do especialista:

SUBDIMENSÃO *Apropriação da realidade*

INDICADOR: *Apropriação do território*

RATIONALE: Para organizar os serviços na perspectiva da integralidade é preciso reconhecer o território de atuação concebendo-o como um espaço não somente geográfico, mas também social e político (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009, BRASIL, 2010). As condições deste território influenciam no processo saúde-doença e precisam ser considerados pelos profissionais. O acompanhamento, a observação e a análise permanente da situação de saúde da população são atividades que auxiliam no planejamento e na formulação de ações voltadas para

uma atenção integral. O mapeamento da área por meio da territorialização com marcadores de saúde bucal auxiliam nesse processo.

MEDIDAS:

- *Participação do cirurgião dentista no processo de territorialização*
- *Mapeamento da área de abrangência com marcadores de saúde bucal*

Perguntas do questionário:

3. Houve processo de reconhecimento do território de atuação (territorialização) com os profissionais da equipe? () sim () não

3a. Em caso afirmativo, algum membro da saúde bucal participou desse processo? () sim () não

3b. A unidade de saúde possui mapa de área de abrangência? () sim () não

3c. O mapa contém marcadores de saúde (por ex: hipertensos, diabéticos, etc...)? () sim () não

3d. O mapa contém marcadores de saúde bucal (exemplo: mapeamento da área coberta por água fluoretada)? () sim () não

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Educação permanente*

RATIONALE: É o processo de capacitação da equipe de saúde baseada no contexto do seu processo de trabalho. A educação permanente em saúde utiliza os elementos e problemas locais como ferramenta de reflexão e capacitação para superação dos problemas vivenciados nos serviços (BRASIL, 2009). Apresenta como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Está diretamente relacionada à qualificação dos serviços e possibilita aos profissionais organizá-los na perspectiva da integralidade.

MEDIDA:

- *Realização de atividade de educação permanente em saúde no ano de 2011.*

Pergunta do questionário

4. A educação permanente em saúde pode ser entendida como a aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano dos serviços. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados pelos profissionais e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. No ano de 2011, aconteceu alguma situação que fez com que os profissionais discutissem sobre um tema considerado importante e que pelo conceito acima descrito você classificaria como educação permanente em saúde?

Sim Não

Comentário do especialista:

SUBDIMENSÃO: Longitudinalidade

INDICADOR: *Vínculo*

RATIONALE: O tempo em que o profissional de saúde trabalha no mesmo território o que possibilita sua integração com a comunidade propiciando a longitudinalidade do cuidado. Nessa perspectiva o vínculo possibilita reconhecer os sujeitos além da dimensão clínica, conhecendo a vida das pessoas e os diferentes fatores que podem influenciar na sua saúde e assim poder apreender e responder de maneira integral pelas suas necessidades (GERHARDT et al., 2011; CUNHA, GIOVANELLA, 2010). O profissional se torna uma referência para a população sob sua responsabilidade e isto fortalece a relação com o usuário, além de possibilitar maior efetividade das ações de tratamento e da oferta de um cuidado integral.

MEDIDA:

- *Cirurgiões dentistas que trabalham há mais de 2 anos na mesma unidade de saúde.*

Perguntas do questionário:

7. Quantos cirurgiões dentistas trabalham na unidade de saúde?

7b. Quantos deles trabalham há mais de 2 anos na unidade?

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Continuidade*

RATIONALE: Os serviços precisam ser ofertados de forma contínua e isto deve ocorrer em todos os níveis de atenção para garantir a longitudinalidade da assistência. Dessa forma os serviços de saúde devem responder pelas necessidades da população conforme sua capacidade de resolução. A oferta de tratamento completado para a odontologia traduz a ideia da continuidade e evidencia a preocupação do serviço de prestar um cuidado integral contínuo, devendo ser ofertado a todas as faixas etárias. Esta seria uma maneira de romper com uma forma de organização clássica dos serviços de saúde bucal na qual excluía a população adulta e privilegiava grupos prioritários. Diante da impossibilidade de resolução da necessidade no nível da atenção básica o usuário precisa ter uma resposta pela sua demanda nos demais níveis. Nesse sentido a medida do alcance de parâmetro se propõe a verificar se o sistema garante assistência numa proporção adequada às necessidades da população atendida.

MEDIDA:

- *Oferta de Tratamento Completado (TC) em saúde bucal para todas as faixas etárias*
- *Alcance de 0,04 a 0,06 procedimentos odontológicos especializados/habitantes/ano (Portaria GM/MS 1.101/2002)*

Perguntas do questionário:

6. A unidade de saúde organiza o atendimento odontológico na lógica do Tratamento Completado (TC)? () sim () não

6a. Em caso afirmativo, o TC é oferecido para todas as faixas etárias?
() sim () não

Comentário do especialista:

SUBDIMENSÃO: Abordagem

INDICADOR: *Ações de promoção e prevenção*

RATIONALE: São ações essenciais para construção de uma atenção integral e devem estar previstas nos serviços organizados na perspectiva da integralidade (GIOVANELLA, *et al*, 2002). As ações preventivas aliadas às ações de promoção são essenciais para uma atenção integral e devem estar presentes no processo de trabalho orientado na perspectiva da integralidade. As ações preventivas tanto de caráter individual como coletivo precisam ser ofertadas permanentemente e asseguradas com espaços reservados na agenda dos profissionais. As ações de promoção a partir do desenvolvimento de projetos intersetoriais e de fortalecimento da comunidade complementam e sustentam uma atenção integral.

MEDIDAS:

- *Existência de projetos de promoção da saúde junto à comunidade.*
- *Realização de atividades preventivas em pelo 1 período semanal*

Perguntas do questionário:

5. A equipe de saúde da unidade realiza algum projeto de promoção da saúde junto à comunidade da área de abrangência da unidade?

Sim, descreva o projeto Não

5a. Em caso afirmativo, algum membro da saúde bucal participa desse projeto? sim não

5b. Qual a frequência de realização das atividades preventivas coletivas pela equipe de saúde bucal?

semanal quinzenal mensal não faz atividade preventiva

5c. Assinale quais as atividades preventivas coletivas são realizadas pela equipe de saúde bucal:

escovação supervisionada em escolares aplicação tópica de flúor em escolares

atividades educativas para grupos específicos não se aplica

outros _____

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Interdisciplinaridade*

RATIONALE: O trabalho em equipe é reflexo de serviços que estão organizados na perspectiva da integralidade. Os diferentes olhares dos profissionais contribuem para uma melhor atuação, evitam uma prática reducionista, potencializam mudanças nos processos de trabalho (SANTOS; ASSIS, 2006). A construção de projetos terapêuticos integrados contribui para a ampliação e redefinição das ações na direção de uma atenção integral (OLIVEIRA E CASANOVA, 2009). A inserção de diferentes profissionais, incluindo a saúde bucal, nas ações reflete o caráter abrangente de atuação em busca de uma atenção integral.

MEDIDA:

- *Ações de saúde bucal associadas com outras áreas por meio de projetos terapêuticos integrados*

Pergunta do questionário:

8. Existe na unidade de saúde algum projeto integrado entre a saúde bucal e as demais áreas profissionais? (exemplo: atendimento clínico ou ações coletivas realizadas pela equipe de saúde bucal em conjunto com profissionais de outras áreas da saúde)

() sim: especifique _____ () não

Comentário do especialista:

INDICADOR: *Acolhimento*

RATIONALE: É uma postura dos profissionais ao acolher, ouvir e atender de forma humanizada cada usuário que procura os serviços de saúde. “É uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2011). É fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher demandas não programadas. Por ser uma postura dos profissionais deve ser, portanto, realizado em todos os momentos de sua atuação incluindo a equipe de saúde bucal como participante desse processo (BRASIL, 2011).

MEDIDAS:

- *Unidades de saúde que realizam acolhimento.*
- *Integração da equipe de saúde bucal na equipe de acolhimento*

Pergunta do questionário:

9. Sabemos que a população procura a unidade de saúde para obter respostas para diversas necessidades e que é preciso organizar os serviços para atender às demandas. Ao chegar à sua unidade de saúde o usuário terá suas necessidades acolhidas de que forma?

a qualquer momento do horário de funcionamento da unidade de saúde sendo o problema resolvido na própria unidade ou com encaminhamento acordado para resolução em outro serviço da rede de saúde.

a qualquer momento do horário de funcionamento da unidade de saúde sendo o problema resolvido na própria unidade ou com orientação para resolução em outro serviço da rede de saúde.

no horário previsto para o acolhimento na unidade de saúde.

durante o período de atendimento clínico.

9a. Na sua unidade de saúde o acolhimento é realizado pela:

recepção enfermeiro médico cirurgião dentista

ASB ou TSB outra opção:
especifique _____

Comentário do especialista:

APÊNDICE C – Questionário para coleta de dados na Coordenação de Saúde Bucal

Questionário Coordenador de Saúde Bucal

Município

-
1. Existe no município alguma unidade de pronto atendimento ou unidade(s) de saúde com atendimento no período noturno?
 Sim Não
- 1a. Em caso afirmativo, esta oferece atendimento odontológico?
 Sim Não
2. Diante da necessidade de um serviço de reabilitação protética para qual serviço de referência o usuário é encaminhado?
 serviço público ou conveniado/contratado do município
 serviço publico ou conveniado/contratado fora do município
 não existe serviço de referência para reabilitação protética
3. Como é o prontuário nas unidades de saúde do município?
 papel informatizado
- 3a. Caso o prontuário seja informatizado isto ocorre em todos os níveis de atenção do sistema do município?
 Sim Não
- 3b. Ao preencher o prontuário odontológico, o cirurgião dentista tem acesso às demais informações de saúde do paciente?
 Sim Não
4. Existe oferta de serviço de referência próprio ou conveniado/contratado para apoio e diagnóstico de lesões de mucosa?
 Sim, serviço público ou conveniado/contratado no município
 Sim, serviço publico ou conveniado/contratado fora do município
 Não existe serviço de referencia para apoio diagnóstico de lesões de mucosa
5. Existe no município central de regulação para consultas especializadas?
 Sim Não

APÊNDICE D – Questionário para coleta de dados nas Unidades de Saúde

Unidade _____ de _____ Saúde
 _____ Município _____

1. A(s) equipe(s) de saúde realiza (m) reunião de planejamento?
 () Sim. Qual a frequência?

() Não.

1a. O cirurgião dentista participa dessa reunião?
 () Sim. Qual a frequência?

() Não.

1b. As propostas de ações e serviços de saúde bucal são discutidas em reunião?

() Sim () Não

2. A unidade de saúde apresenta Colegiado Gestor ou Conselho Local de Saúde?

() Sim () Não

2b. Em caso afirmativo, algum membro da equipe de saúde bucal participa dessas reuniões?

() Sim () Não

10. Você já fez alguma vez a territorialização para reconhecimento do território em que atua?

() Sim () Não

3a. A unidade de saúde possui mapa da área de abrangência?

() Sim () Não

3b. Em caso afirmativo, o mapa contém algum marcador relacionado à saúde (ex: nº de hipertensos, diabéticos, idosos, dentre outros...)?

() Sim () Não

3c. O mapa contém algum marcador de saúde bucal?

Sim, especifique _____ Não

3d. Existe mapeamento da área de abrangência da unidade coberta por água fluoretada?

Sim Não

10. A educação permanente em saúde pode ser entendida como a aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano dos serviços. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados pelos profissionais e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. No ano de 2011, aconteceu alguma situação que fez com que os profissionais discutissem sobre um tema considerado importante e que pelo conceito acima descrito você classificaria como educação permanente em saúde?

Sim Não

4a. Em caso afirmativo, descreva o tema:

5. A equipe de saúde da unidade realiza algum projeto de promoção da saúde junto à comunidade da área de abrangência da unidade?

Sim, descreva o projeto Não

5a. Em caso afirmativo, algum membro da saúde bucal participa desse projeto?

Sim Não

5b. Qual a frequência de realização das atividades preventivas coletivas pela equipe de saúde bucal?

semanal quinzenal mensal não faz atividade preventiva

5c. Assinale quais as atividades preventivas coletivas são realizadas pela equipe de saúde bucal:

escovação supervisionada em escolares aplicação tópica de flúor em escolares

atividades educativas para grupos específicos não se aplica

outros _____

6. Na unidade de saúde o atendimento odontológico é organizado na lógica do Tratamento Completado (TC)?

Sim Não

6a. Em caso afirmativo, o TC é oferecido para todas as faixas etárias?

Sim Não

7. Quantos cirurgiões dentistas (excluindo os que trabalham somente na gestão) trabalham na unidade de saúde? _____

7a. Quantos deles trabalham há 2 ou mais anos nessa mesma unidade?

7b. Quantos deles possuem pós-graduação (especialização ou mestrado ou doutorado) na área de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família? _____

8. Existe na unidade de saúde algum projeto integrado entre a saúde bucal e as demais áreas profissionais? (ex: atendimento clínico ou ações coletivas realizadas pela equipe de saúde bucal em conjunto com profissionais de outras áreas da saúde)

Sim. Especifique Não

9. Sabemos que a população procura a unidade de saúde para obter respostas para diversas necessidades e que é preciso organizar os serviços para atender às demandas. Ao chegar à sua unidade de saúde o usuário terá suas necessidades acolhidas de que forma?

() a qualquer momento do horário de funcionamento da unidade de saúde sendo o problema resolvido na própria unidade ou com encaminhamento acordado para resolução em outro serviço da rede de saúde.

() a qualquer momento do horário de funcionamento da unidade de saúde sendo o problema resolvido na própria unidade ou com orientação para resolução em outro serviço da rede de saúde.

() no horário previsto para o acolhimento na unidade de saúde.

() durante o período de atendimento clínico.

9a. Na sua unidade de saúde o acolhimento é realizado pela:

() recepção () enfermeiro () médico () cirurgião dentista

() ASB ou TSB () outra opção:
especifique _____

10. Existe na unidade de saúde espaço próprio para atividade educativa ou reunião?

() Sim () Não

10a. Em caso afirmativo, este espaço é utilizado para esta finalidade?

() Sim () Não

10b. Este espaço é também utilizado pela equipe de saúde bucal?

() Sim () Não

11. A unidade de saúde utiliza os dados do SIAB e/ou do SIA/SUS para planejamento das ações?

() Sim () Não

12. Assinale a proporção de cirurgião dentista para cada médico ou enfermeiro na sua unidade de saúde:

() 1CD/ 1 médico e 1 enfermeiro () 1 CD/ 2 médicos e 2 enfermeiros

() outra opção _____

13. Qual a população da área de abrangência da unidade de saúde?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Coordenador de Saúde Bucal

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de dissertação de mestrado intitulada ***“Avaliação da organização dos serviços na perspectiva da integralidade: uma aplicação na saúde bucal”***. O objetivo geral deste estudo é avaliar a integralidade no âmbito dos serviços de saúde bucal do município. Nesta etapa aplicaremos o modelo de avaliação no seu município. Serão utilizados dois questionários, um deles contendo perguntas referentes ao processo de trabalho nas unidades de saúde e outro com questões referentes aos aspectos administrativos da rede de serviços do município.

A sua participação é muito importante para validar o modelo de avaliação. Salientamos que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador. Não existem riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado sob o protocolo nº 2165/11. As informações obtidas através dessa pesquisa serão apresentadas na dissertação de mestrado em julho de 2012. Caso aceite participar, solicitamos a assinatura deste Termo para posterior envio do instrumento de pesquisa. Informamos abaixo o telefone e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis que podem ser acessados a qualquer instante para dirimir dúvidas sobre o projeto e sua participação. Desde já agradecemos sua atenção e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Dra. Josimari Telino de Lacerda
Prof^a PPGSP – UFSC
(48) 3721-5146
jtellino@gmail.com

Fernanda Leitão Pacheco
Mestranda PPGSP – UFSC
(48) 9917-0696
fepacheco82@yahoo.com.br

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

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE F – Modificações após teste de aplicabilidade (em negrito) no questionário das Unidades de Saúde

Unidade de Saúde _____ Município

1. A(s) equipe(s) de saúde realiza (m) reunião de planejamento?
 () Sim. Qual a frequência?

() Não.

1a. O cirurgião dentista participa dessa reunião?
 () Sim. Qual a frequência?

() Não.

1b. As propostas de ações e serviços de saúde bucal são discutidas em reunião?

() Sim () Não

2. A unidade de saúde apresenta Colegiado Gestor ou Conselho Local de Saúde **em funcionamento**?

() Sim () Não

2a. Em caso afirmativo, algum membro da equipe de saúde bucal participa dessas reuniões?

() Sim () Não

3. Você já fez alguma vez a territorialização para reconhecimento do território em que atua?

() Sim () Não

3a. A unidade de saúde possui mapa da área de abrangência?

() Sim () Não

3b. Em caso afirmativo, o mapa contém algum marcador relacionado à saúde (ex: nº de hipertensos, diabéticos, idosos, dentre outros...)?

() Sim () Não

3c. O mapa contém algum marcador de saúde bucal?

() Sim, especifique _____ () Não

3d. Existe mapeamento da área de abrangência da unidade coberta por água fluoretada?

Sim Não

4. A educação permanente em saúde pode ser entendida como a aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano dos serviços. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados pelos profissionais e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. No ano de 2011, aconteceu alguma situação que fez com que os profissionais discutissem sobre um tema considerado importante e que pelo conceito acima descrito você classificaria como educação permanente em saúde?

Sim Não

4a. Em caso afirmativo, descreva o tema:

5. A promoção da saúde objetiva a construção de parcerias com a comunidade, a promoção de ações de fortalecimento, empoderamento e autonomia do indivíduo e da comunidade. São atividades que extrapolam sua atuação para outros setores e que contribuem para a melhoria dos níveis de saúde da população. Nesse sentido a equipe de saúde da unidade realiza algum projeto de promoção da saúde junto à comunidade da área de abrangência da unidade?

Sim, descreva o projeto Não

5a. Em caso afirmativo, algum membro da saúde bucal participa desse projeto?

Sim Não

5b. Qual a frequência de realização das atividades preventivas coletivas pela equipe de saúde bucal?

semanal quinzenal mensal não faz atividade preventiva

5c. Assinale quais as atividades preventivas coletivas são realizadas pela equipe de saúde bucal:

escovação supervisionada em escolares aplicação tópica de flúor em escolares

atividades educativas para grupos específicos não se aplica
(_____) _____ outros

6. Na unidade de saúde o atendimento odontológico é organizado na lógica do Tratamento Completado (TC), *ou seja, o usuário tem retornos garantidos, sem limitação de consultas até a completa resolução das suas necessidades?*

Sim Não

6a. Em caso afirmativo, o TC é oferecido para todas as faixas etárias?

Sim Não

7. Quantos cirurgiões dentistas (excluindo os que trabalham somente na gestão) trabalham na unidade de saúde? _____ *Especifique a carga horária de cada um:*

7a. Quantos deles trabalham há 2 ou mais anos nessa mesma unidade?

7b. Quantos deles possuem pós-graduação (especialização ou mestrado ou doutorado) na área de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família? _____

8. Existe na unidade de saúde algum projeto integrado entre a saúde bucal e as demais áreas profissionais? (ex: atendimento clínico ou ações coletivas realizadas pela equipe de saúde bucal em conjunto com profissionais de outras áreas da saúde).

Sim. Especifique Não

9. Sabemos que a população procura a unidade de saúde para obter respostas para diversas necessidades e que é preciso organizar os serviços para atender às demandas. Ao chegar à sua unidade de saúde o usuário terá suas necessidades acolhidas de que forma?

a qualquer momento do horário de funcionamento da unidade de saúde sendo o problema resolvido na própria unidade ou com encaminhamento acordado para resolução em outro serviço da rede de saúde.

a qualquer momento do horário de funcionamento da unidade de saúde sendo o problema resolvido na própria unidade ou com orientação para resolução em outro serviço da rede de saúde.

no horário previsto para o acolhimento na unidade de saúde.

durante o período de atendimento clínico.

9a. Na sua unidade de saúde o acolhimento é realizado pela:

recepção enfermeiro médico cirurgião dentista

ASB ou TSB

(_____) outra opção:
especifique _____

10. Existe na unidade de saúde espaço próprio para atividade educativa ou reunião?

Sim Não

10a. Em caso afirmativo, este espaço é utilizado para esta finalidade?

Sim Não

10b. Este espaço é também utilizado pela equipe de saúde bucal?

Sim Não

11. A unidade de saúde utiliza os dados do SIAB e/ou do SIA/SUS para planejamento das ações?

Sim Não

APÊNDICE G- Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 1 (n=4)

DIMENSAO	SUB	INDICADORES	MEDIDAS	NOTA MEDIDA	NOTA INDICADOR	NOTA SUBDIMENSAO	NOTA DIMENSAO	NOTA GESTAO	
GARANTIA DE RECURSOS	RI	Qualificação	Formação na área de saúde pública	9	9	8.1	7.4	6.1	
		Cobertura	Proporção dentista/ população	7.5	7.5				
	INFRAESTRUTURA	Adequação	Espaço para reunião/atividade educativa	5.0	5.0	1.7			
		Disponibilidade	Unidades de saúde 3º turno	0.0	0.0				
		Complexidade	Referência de prótese	0.0	0.0				
	INFORMACAO	Aualização da informação	Meses sem atualização do SIAB	10.0	10.0	10.0			
		Integração da informação	Informação acessível nos 3 níveis	10.0	10.0				
		APOIO	Apoio	Prontuário único	10				10.0
			Regulação	Referência para lesões de mucosa	10				10.0
	MODELO DE VIGILANCIA EM SAUDE	ACOES ESTRATEGICAS	Planejamento	Existência de central de regulação	10	10.0			1.9
Gestão participativa			Frequência reunião	0.0	3.8				
APROPRIACAO REAIDA		Apropriação do território	Discussão saúde bucal	7.5	0.0	5.6			
		Educação permanente	Territorialização	Participação em conselhos	0.0		0.0		
			Marcadores de saúde bucal	Realização de atividade	10.0		6.3		
ATENCAO		Ações de promoção e	Realização de atividade	5.0	5.0	7.5			
			Atividades preventivas semanais	7.5	5.0				
		Interdisciplinaridade	Projetos terapêuticos integrados	2.5	10.0				
			Acolhimento	Todo o período de funcionamento	10.0		7.5		
				Saúde bucal incluída na equipe	5.0		0.0		
LONGIT	Continuidade	Oferta de TC	7.5	0.0	4.3				
		Vínculo	Parâmetro consultas especializadas	0.0		8.6			
			Dentistas há mais de 2 anos	8.6	8.6				

APENDICE H Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 2 (n=5)

MODELO DE VIGILANCIA EM SAUDE				GARANTIA DE RECURSOS				DIMEN SAO	SUB	INDICADORES	MEDIDAS	NOTA MEDIDA	NOTA INDICADOR	NOTA SUBDIMEN SAO	NOTA DIMENSAO	NOTA GESTAO
LONGIT	ATENCAO	APROP RIACA O	ACOES ESTRAT	APO IO	INFO	INFRAEST RU	RH									
									Qualificação	Formação na área de saúde pública	1	1	1.5			
									Cobertura	Proporção dentista/ população	2.0	2.0				
									Adequação	Espaço para reunião/atividade educativa	0.0	0.0				
									Disponibilidade	Unidades de saúde 3º turno	0.0	0.0	3.3			
									Complexidade	Referência de prótese	10.0	10.0			5.0	
									Atualização da informação	Meses sem atualização do SIAB	10.0	10.0				
									Integração da informação	Informação acessível nos 3 níveis	0.0	0.0	5.0			
									Regulação	Prontuário único	0.0	0.0				
									Planejamento	Referência para lesões de mucosa	10	10.0	10			
									Gestão participativa	Existência de central de regulação	10	10.0				
									Apropriação do território	Frequência reunião	0.0	0.0	1.0			
									Educação permanente	Discussão saúde bucal	0.0	0.0				
									Ações de promoção e	Participação em conselhos	0.0	2.0				
									Interdisciplinaridade	Territorialização	0.0	0.0	0.0			
									Acoplimento	Marcadores de saúde bucal	0.0	0.0				
									Continuidade	Realização de atividade	0.0	0.0				
									Vínculo	Projeto de promoção	0.0	0.0				
										Atividades preventivas semanais	0.0	0.0			1.8	
										Projetos terapêuticos integrados	0.0	0.0	1.3			
										Todo o período de funcionamento	0.0	4.0				
										Saúde bucal incluída na equipe	8.0					
										Oferta de TC	0.0	0.0				
										Parâmetro consultas especializadas	0.0	0.0	5.0			
										Dentistas há mais de 2 anos	10.0	10.0				

APÊNDICE I - Detalhamento dos resultados da aplicação do modelo de avaliação da integralidade da atenção com foco na organização dos serviços. Município 3 (n= 9)

DIMEN SAO	SUB	INDICADORES	MEDIDAS	NOTA MEDIDA	NOTA INDICADOR	NOTA SUBDIMEN SAO	NOTA DIMENSAO	NOTA GESTAO
GARANTIA DE RECURSOS	RH	Qualificação	Formação na área de saúde pública	6	6	5.2	6.2	5.4
		Cobertura	Proporção dentista/ população	4.4	4.4			
		Adequação	Espaço para reunião/atividade educativa	6.7	6.7			
		Disponibilidade	Unidades de saúde 3º turno	0.0	0.0			
		Complexidade	Referência de prótese	0.0	0.0			
	INFRAE INFO	Avaliação da informação	Meses sem atualização do SIAB	10.0	10.0	7.5		
		Integração da informação	Informação acessível nos 3 níveis	0.0	5.0			
			Prontuário único	10.0	10.0			
		Apoio	Referência para lesões de mucosa	10	10.0			
		Regulação	Existência de central de regulação	10	10.0			
APOIO ESTRATEGIA DE ACOES	TIPO ACOES	Planejamento	Frequência reunião	1.1	4.4	2.8		
		Gestão participativa	Discussão saúde bucal	7.8	2.8			
		Apropriação do território	Participação em conselhos	1.1	1.1			
		Educação permanente	Territorialização	5.6	5.6			
			Marcadores de saúde bucal	0.0	0.0			
	ATENCAO	Ações de promoção e interdisciplinaridade	Realização de atividade	5.6	5.6	6.5		
			Projeto de promoção	4.4	7.8			
			Atividades preventivas semanais	11.1	5.6			
			Projetos terapêuticos integrados	5.6	5.6			
			Todo o período de funcionamento	4.4	6.1			
LONGIT	VINCULO	Continuidade	Saúde bucal incluída na equipe	7.7	5.0	4.5		
			Oferta de TC	10.0	5.0			
			Parâmetro consultas especializadas	0.0	4.0			
		Vínculo	Dentistas há mais de 2 anos	4.0	4.0			

