

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

**ALEX ELIAS LAMAS**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA REDE  
INTEGRADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

**FLORIANÓPOLIS**

**2013**

**ALEX ELIAS LAMAS**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA REDE INTEGRADA DE ATENÇÃO  
EM SAÚDE BUCAL**

TESE SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA  
EM SAÚDE COLETIVA – DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
DOUTOR.

ORIENTADORA: DOUTORA MARIA CRISTINA MARINO CALVO  
COORIENTADOR: DOUTOR SÉRGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS

**FLORIANÓPOLIS**

**2013**

**ALEX ELIAS LAMAS**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA REDE INTEGRADA DE ATENÇÃO  
EM SAÚDE BUCAL**

Esta tese foi julgada adequada para a obtenção do grau de Doutor em Odontologia, Área de concentração Saúde Coletiva e aprovada na sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 6 de dezembro de 2013

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

**BANCA EXAMINADORA**

Professora Maria Cristina Marino Calvo, Dra (Orientadora)

Professor Samuel Moysés, Dr.

Professora Tania Bighetti, Dra.

Professor João Carlos Caetano, Dr.

Professora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dra.

Professora Claudia Colussi, Dra.

## AGRADECIMENTOS

As idéias são reminiscências das gerações que nos precedem. Assim sendo, uma tese é também o acúmulo e o produto teórico de uma imensidão de pessoas. A longa trajetória acadêmica que culmina nesse texto recebeu contribuições incontáveis que, por justiça aos parceiros desta caminhada e mesmo por tendência de meu novo ofício de pesquisador, tento categorizar e registrar.

O cuidado inestimável da Cristina e do Sérgio com o rigor da tese só pode ser comparado ao carinho fraternal dispensado. Rogo que continuem reafirmando o caráter humano de cada orientação. Essa é a natureza das pessoas conscientes da equivalência de valores como a verdade e a amizade e que compreendem, como vocês sempre compreenderam, que o árduo mundo da pesquisa ainda acalenta sonhos, desafios pessoais e crescimento individual.

Falando em amizade, o convívio com a Doutora Josimari Telino na sua capacidade de gerar inquietação sobre temas de planejamento e avaliação em saúde pública foi um agradável aprendizado. Vivenciar a sua condução dos acadêmicos entre a sala de aula e a os espaços da rede de atenção remetem ao sentido original do termo pedagogo, aquele que conduzia os jovens da antiguidade para as suas atribuições e responsabilidades cívicas.

Professora Daniela Carcereri, Professor Caetano, Professora Ana Lúcia, Professora Claudia Colussi, demais mestres, colegas de doutorado e de trabalho, o percurso aqui registrado tem a contribuição de todos.

Mestres da ética e doutores da vida, meus pais, Vera e Luiz, inspiração e motivo de tudo. Graças a vocês fui capaz de navegar longínquas águas abertas e retornar, o mesmo filho, ao doce mar de dentro.

Meu peito reserva lugar especial para a Vanessa Athaide, brilhante como a luz do sol e serena como a luz da lua, sempre iluminada. Meu devoto coração guarda os açucarados e inventivos sobrinhos Nico, Mile e Isa, minhas irmãs Aline e Adriana e meus cunhados-irmãos Christian e Daniel. Agradeço e peço que entendam a minha odisséia pessoal, que jamais perdeu a razão de ser, pois também guardava o sentido de estar perto de casa.

Borges diria que Odisseu *harto de prodigios, lloró de amor al divisar sultaca verde y humilde*. Nietzsche via nas despedidas daquela viagem por mar a capacidade de abençoar a vida mais do que apegar-se a ela. Entre poetas e filósofos, permito-me pensar o esforço de produção dessa tese pela versão do cancionista popular que acredita que o importante em toda jornada é, afinal, deixar a alma por onde passamos e no que fazemos.

*“Os espaços da cidade, e, nela, certos lugares em particular – os dos pensamentos e os da discussão livre, os da criação sob todas as suas formas e os da memória, lugares de transmissão da criação histórica -, potenciam, incitam, suscitam, animam, despertam, convidam ao usufruto e à exigência política da “salvaguarda” (“republicana” e “democrática”) deste “estar-com”, desta partilha relacional que abre o comum. Tal como a ausência do exercício efetivo de certas destas práticas e gestos o inibem, tolhem, obstaculizam, embargam, obstruem, paralisam, entrevam, interditam, reprimem.*

*“Não basta, como é óbvio, abrir este espaço, delimitando-o e circunscrevendo a sua apresentação e depois esperar que ele tenha uma auto-animação espontânea, como se ele fosse ganhar uma prática de liberdade por decreto. É preciso na materialidade de um lugar, o influxo de um gesto de convocação, de uma disposição favorável às aberturas e trocas feitas corpo, olhar e gesto: é preciso que nele algo convoque à vinda, algo que se enuncie e anuncie sem ordenar, uma “visibilidade” que não ofusque, um “dizer” e uma “voz” que abram o vai e vem da interpelação, da resposta e da responsabilidade pelo comum, ou pela comunidade indeterminada e inidentificada. É preciso uma “determinação” no e com o “indeterminado”. Porque nada está já terminado e muito há ainda por fazer.”*

Rodrigo Silva em *A República por vir*,

Conferências de Georges Didi-Huberman e outros.

Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 2011, p. 25.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Modelo preliminar para a Rede Integrada de Atenção em Saúde Bucal	66
Figura 2 - Organização dos Serviços apresentado pelo Relatório Dawson	100
Figura 3 - Rede Integrada de Atenção à Saúde Bucal segundo Coordenação Nacional de Saúde Bucal	100
Figura 4 - Modelo para diretrizes e estratégias do colegiado de saúde bucal	106
Quadro 1 - Parâmetros para revisão bibliográfica	48
Quadro 2 - Passos metodológicos, atores envolvidos, objetivos e produtos	49
Quadro 3 - Tema, objeto, dimensões e juízo de valor em avaliação em saúde bucal	51
Quadro 4 - Documentos para estabelecimento preliminar de modelo teórico lógico	53
Quadro 5 - Medidas para a Dimensão Político Sistêmica	68
Quadro 6 - Medidas para a Dimensão Técnico Organizacional	70
Quadro 7 - Medidas para a Dimensão Profissional Operacional	72

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Modelo lógico da rede integrada de saúde bucal	67
Tabela 2 - Desafios de integração da rede de saúde bucal rumo à integralidade da atenção no estudo de caso	89

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CGAPSES - Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde, Serviços Ambulatoriais e Substitutivos

CGRSS - Coordenadoria Geral de Regulação de Serviços de Saúde

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária

CLS – Conselho Local de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde



ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NEPAS - Núcleo de Extensão e Pesquisa de Avaliação em Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PO - Dimensão profissional operacional

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PS - Dimensão Político Sistêmica

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TO - Dimensão Técnico Organizacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

A consolidação de um novo modelo de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde passa pela superação das contradições que se evidenciam vinte anos após a sua regulamentação. No setor de saúde bucal, não obstante o aumento de investimentos, a melhoria das condições de saúde bucal da população e a ampliação da rede de serviços, análises recentes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam que a Universalidade do acesso e a Integralidade da atenção são ainda princípios a ser concretizados.

A revisão de literatura empreendida registra a divisão do trabalho e a soberania do valor de troca na produção de saúde. Tal contexto se mostra incapaz de estabelecer relações horizontalizadas no interior do Sistema Único de Saúde e aponta para a necessidade de novas racionalidades nos processos de formação e gestão.

A pesquisa metodológica sugere que processos avaliativos formativos, guiados teoricamente, sensíveis ao meio e aos diferentes atores sociais têm a capacidade de transparecer elementos sobre o objeto estudado que uma análise normativa de resultados não poderia realizar. O estudo de caso de utilização da matriz avaliativa demonstra desafios estratégicos, organizacionais e profissionais nas redes de atenção em saúde bucal.

Por fim, o estudo reafirma a constituição das políticas públicas enquanto consensos da coletividade como um resgate a ser feito no interior do Sistema de Saúde no

caminho da integração das ações e de encontros verdadeiramente produtores de cuidado entre trabalhadores e usuários.

## **ABSTRACT**

The consolidation of a new model of health care under the Brazilian Unified Health System passes by overcoming remaining contradictions twenty years from its regulation. In the area of oral health, despite increased investments, improved oral health status of the population and the expansion of the service network, recent analyzes of the Health System demonstrate that the universality of access and integrality of attention are still principles to be accomplished.

The literature review undertaken registers the division of labor and the sovereignty of exchange values in the health production. The context would be unable to establish horizontal relationships within the Health System and claims for new rationalities in the process of formation and management.

The methodological research suggests that formative evaluation processes, theoretically guided, and sensitive to different social actors have the ability to highlight elements on the studied object that a normative analysis of results could not accomplish. The application of an evaluative matrix on the case study demonstrates strategic, organizational and professional challenges in oral health care network.

Finally, the study considers the formation of public policies as collective consensus. It is also a statement to be made within the Health System to integrate actions and enable the production of care between workers and users.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO I	16
INTRODUÇÃO: A GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO E O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA	16
1.1 Atenção integral à saúde bucal: avanços e desafios atuais à gestão municipal	16
1.2 Contribuições da avaliação às políticas de Estado em um novo modelo de atenção	18
1.3 Experiências de avaliação na rede de saúde bucal	21
1.4 A produção e a criação do trabalho em saúde	24
1.5 ARTIGO I – A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições	26
CAPÍTULO II	42
DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	42
2.1 Justificativa	42
2.2 Objetivos	44
2.2.1 Geral	44
2.2.2 Específicos	44
2.3 Metodologia	45
2.3.1 Tipo de estudo	45
2.3.2 Objeto de pesquisa: a gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal	46
2.3.3 Etapa de revisão bibliográfica	47
2.3.4 Etapas de pesquisa de campo	49

2.3.5	Construção de modelo teórico-lógico	50
2.3.6	Validação do modelo teórico-lógico	53
2.3.7	Construção de matriz avaliativa	54
2.3.8	Aplicação empírica do modelo de avaliação	54
2.3.9	Comunicação dos resultados e aspectos éticos	55
2.4	ARTIGO II – Redes integradas em saúde bucal: desenvolvimento de modelo teórico com vistas à avaliação	56
	<b>CAPÍTULO III</b>	79
	<b>RESULTADOS DA APLICAÇÃO EMPÍRICA E SÍNTESE SOBRE A PESQUISA METODOLÓGICA</b>	79
3.1	Dimensão Político Sistêmica	80
3.2	Dimensão Técnico Organizacional	82
3.3	Dimensão Profissional Operacional	85
3.4	Síntese sobre o processo de aplicação da matriz avaliativa	88
3.5	Síntese sobre as possibilidades de investigações futuras	91
	<b>REFERÊNCIAS</b>	93
	<b>APÊNDICES</b>	98
	APÊNDICE A – Capítulo de Livro. Elementos para a integração das redes de atenção: Relato de experiência de institucionalização de estatuto de colegiado gestor em saúde bucal	98
	APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa para coleta dos dados qualitativos e escala de Lickert	111
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	123
	<b>ANEXOS</b>	124
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC	124
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da PMPA	129
	ANEXO C – Parecer do responsável pela Instituição	130

## APRESENTAÇÃO

A tese submetida ao Programa de Pós Graduação em Odontologia, na área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, analisa as contribuições das metodologias avaliativas para as políticas públicas de saúde com o objetivo de debater a complexidade das Redes Integradas de Atenção em Saúde Bucal e de institucionalizar instrumentos de avaliação para a gestão municipal. Está estruturado nas três partes apresentadas a seguir, que indicam o percurso construído na tese e seus respectivos capítulos.

O *Capítulo I* descreve iniciativas que analisam os níveis de atenção em saúde bucal e propõe a construção de um modelo de avaliação orientado para redes em municípios de grande porte. A pesquisa metodológica, apresentada no *Capítulo II*, resulta em modelo teórico-lógico com os componentes políticos, gerenciais e de práticas da rede de atenção, desenvolvido com técnicas participativas, à luz do que propõe uma avaliação de quinta geração. Com o apoio dos grupos de interesse, este modelo foi traduzido em indicadores que constituíram matriz avaliativa ao objeto de pesquisa: a Rede Integrada de Atenção à Saúde Bucal. Os resultados de sua aplicação empírica são apresentados e analisados no *Capítulo III*.

Como imagem-objetivo desta tese, destaca-se a necessária aproximação das ações públicas em saúde das diretrizes filosóficas e organizativas advindas da Reforma Sanitária brasileira. Vislumbra-se na institucionalização da avaliação um potencial instrumento de gestão do cuidado em saúde bucal.

O desenvolvimento do trabalho é guiado pela perspectiva de diversos atores na construção de um modelo avaliativo para a gestão da rede municipal de saúde bucal. O primeiro pressuposto reside na relação entre processos participativos e melhores práticas de gestão.

É esperado que o modelo teórico-lógico constituído a partir de técnicas de consenso, que entrelaça questões teóricas das *redes de atenção* ao debate da *gestão em saúde*, seja capaz de estabelecer uma matriz avaliativa operacional aos gestores do âmbito municipal. Neste momento, tal aproximação conceitual permitiria o uso qualificado - sob uma visão processual, sistêmica e integrada - de indicadores e medidas disponíveis nos sistemas de informação ou registrados pelos serviços de saúde.



## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO: A GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO E O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA

#### 1.1 Atenção integral à saúde bucal: avanços e desafios atuais à gestão municipal

O processo de abertura democrática foi momento-chave para a reflexão e a transformação das condições de saúde da população brasileira, refletidas nas políticas públicas de saúde reordenadas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, inaugurando um período de maior participação e transparência. A consolidação de um modelo descentralizado de atenção pelo Sistema Único de Saúde passaria a ser, deste momento em diante, um desafio à gestão em saúde nas cidades brasileiras.

No setor de saúde bucal, a implantação de uma Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, estabelece como pressuposto o fortalecimento da atenção básica e da rede de serviços “*garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização*” (BRASIL, 2004, p. 4). Mesmo exitoso em diversos setores, não é difícil elencar uma série de novos e velhos dilemas que se impõem na experiência do sistema vigente, mais de vinte anos após a sua regulamentação.

Análises recentes desta política apontam que intervenções em saúde bucal - como a fluoretação das águas e o atendimento público odontológico - não atingem a desejada *amplitude universal* (ANTUNES e NARVAI, 2010). Em grande medida estes efeitos limitados advêm da desintegração entre os níveis de atenção da rede de serviços (CHAVES et al. 2010) ou mesmo pela desvinculação entre as políticas de saúde e políticas de educação, renda e moradia (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Para Antunes e Narvai (2010), mesmo com o aumento dos recursos, é importante desafio às políticas públicas não permitir que intervenções sem o devido planejamento estratégico acabem exercendo o efeito indesejável de ampliar as desigualdades em saúde. Enquanto não se vislumbra a universalização do acesso, e estratégias focais continuem sendo implantadas, deve-se buscar a equidade na atenção à saúde bucal. No entanto, “*ainda não existem avaliações de amplitude nacional quanto ao efeito do serviço público odontológico sobre as desigualdades nos indicadores de saúde bucal, bem como são escassos os estudos aplicados a contextos regionais*” (ANTUNES e NARVAI, 2010, p. 364).

A desigual distribuição dos problemas em saúde bucal requer não apenas maiores investimentos, mas melhor capacidade de compreensão e influência sobre as realidades locais. O desejo por integralidade e equidade na atenção à saúde, oriundo dos ideais da Reforma Sanitária, carece agora de mecanismos que apóiem sua avaliação, monitoramento e direcionamento. Ao considerar o grau da implantação dos programas e a ampliação dos serviços de saúde bucal, diríamos, em outros termos, que o momento impõe a reflexão sobre práticas avaliativas e sua utilização como instrumento de gestão em saúde bucal.

## 1.2 Contribuições da avaliação às políticas de Estado em um novo modelo de atenção

Contandriopouloset al. (2002) contextualizam o surgimento da necessidade de avaliar as ações sanitárias no decorrer da década de 1970. Subsequente ao período de implantação dos grandes programas de atenção à saúde, a diminuição do crescimento econômico e o maior papel estatal no financiamento demandavam racionalização dos custos e a garantia de acesso e qualidade dos serviços.

Os altos custos da atenção médica hospitalar, a mudança no perfil epidemiológico, a redução de recursos e a necessidade de maior transparência são citados por Viacavaet al.(2004) como fatores que impuseram reformas aos sistemas de saúde nos anos 80. No plano ideológico existia um impulso para a despolitização do setor saúde, definindo-o como estritamente técnico. O poder dos profissionais era deslocado para o plano gerencial. Advogava-se um arranjo institucional empresarial, supostamente mais eficiente. Ainda assim, foi identificado que estruturas hierárquicas tradicionais e a rigidez dos procedimentos normativos eram danosas aos interesses públicos. *“Como os serviços deveriam estar voltados para o consumidor, os sistemas deveriam ser reorientados nessa perspectiva. A avaliação de desempenho passou a ser um instrumento importante dessa reestruturação”* (VIACAVA, 2004, p. 712).

Novaes (2000) identifica condições sob as quais a área de avaliação de programas, serviços e tecnologias é desenvolvida no Brasil. Propõe uma tipologia para a avaliação em saúde e realiza diferenciação quanto aos seus objetivos. Enquanto a *pesquisa de avaliação* objetiva a produção de conhecimento a ser reconhecido como tal pela comunidade científica, a *avaliação para a decisão* quer produzir respostas para as perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Já a *avaliação para a gestão* produz informação para o aprimoramento do objeto avaliado. Tendo como condição prévia a presença de um avaliador

interno, esta última prioriza a caracterização de dada condição, e subsequente tradução em medidas quantificáveis e replicáveis. Para a autora, a expansão da atenção à saúde, o advento de novas tecnologias e a diversidade no desenvolvimento dos modelos assistenciais são algumas das condições que favoreceram a racionalização das decisões e das práticas. Neste contexto, a diversidade das avaliações acompanha a multiplicidade de culturas organizacionais.

As avaliações e suas alternativas metodológicas diversas fazem parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão. No setor público, pela atuação da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas e, até agora, um mais discreto interesse pelas avaliações de qualidade e tecnológicas (NOVAES, 2000, p. 557).

Consciente do afloramento de jogos de poder nas práticas avaliativas, o avaliador deve evitar sucumbir às pressões político-administrativas. Sob este recorte, Furtado (2001) propõe o que seria uma *avaliação construtivista*. Para o trabalho do avaliador dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se nesta proposta:

- Superar a simples execução de tarefas definidas por grupos particulares;
- Mostrar a diversidade que envolve o programa ou serviço avaliado;
- Não permitir o controle do processo avaliativo por parte dos grupos de interesse;
- Considerar a complexidade e a diversidade do contexto;
- Preocupar-se com o uso da informação e do processo avaliativo para o desenvolvimento dos programas e serviços.

As disposições estabelecidas no Pacto pela Saúde de 2006 reforçam a necessidade de utilização das metodologias avaliativas no SUS ao conceituá-las como:

Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão (BRASIL, 2006, p. 141).

Para a Política Nacional de Avaliação do Desempenho do Sistema Único de Saúde (2007) a avaliação em saúde justifica-se pelas situações complexas e múltiplas com que esta área se depara. No que tange ao processo decisório, a reflexão e a crítica devem estar alimentadas por informações adequadas, permitindo novos modos de operar. Este sentido da avaliação explica a sua crescente priorização nacional e internacional. Consta na Política que:

O referencial para avaliação do sistema público está claramente estabelecido e seus princípios estão expressos no texto constitucional: universalidade do acesso, integralidade da atenção, igualdade de direitos, descentralização e participação social (BRASIL, 2007, p. 5).

### 1.3 Experiências em avaliação na rede de saúde bucal

Chaves e Vieira da Silva (2007) desenvolveram modelo teórico e matriz avaliativa estabelecendo dois níveis de análise para a organização da atenção em saúde bucal: *Gestão da atenção e Práticas profissionais*. No estudo de dois municípios baianos, apontaram que a descentralização da gestão no SUS pode não ter sido acompanhada de um incremento na capacidade administrativa e de gestão dos serviços em saúde bucal, julgando insuficiente o desempenho da organização da atenção em saúde bucal em ambos os casos estudados.

Souza e Roncalli (2007) avaliaram a incorporação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em dezenove municípios do Rio Grande do Norte determinando os fatores que interferiram nesta implantação em dimensões de *Acesso, Organização do trabalho e Estratégias de programação*. Os autores afirmam que a incorporação da saúde bucal na ESF não é garantia de avanços no modelo assistencial. Os municípios que mais avançaram nesta implantação foram exatamente aqueles com melhores condições de vida da população e, provavelmente, com políticas públicas na área da saúde mais bem estruturadas.

Para avaliar a implantação de programa de saúde bucal na zona leste do município de São Paulo, Abreu (2008) realizou pesquisa documental, enviou teste de conhecimento específico aos profissionais e aplicou formulário sobre a estrutura de quatorze serviços. O estudo considerou os eixos estabelecidos para a avaliação - *Conhecimento dos profissionais, Adequação dos processos de trabalho e Estrutura* - satisfatoriamente implantados. Da mesma maneira, foi avaliada positivamente a implantação do programa como um todo.

Figueiredo e Goes (2009) avaliaram vinte e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pernambuco em suas características *Contextuais* - Tipo de CEO;

Antecipação financeira; Tipo de credenciamento e tempo de funcionamento - e *Estruturais* - Plano diretor da regionalização; Cobertura populacional e Tipo de gestão. Utilizando-se de dados de produção registrados nos sistemas de informação e da análise de portarias e normatizações, os resultados indicaram que 40,9% dos CEO obtiveram desempenho bom e 31,8% obtiveram desempenho ruim quanto às metas globais estabelecidas. Os autores apontam em suas conclusões para a

[...] necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação e monitoramento destes serviços. Ademais, novas pesquisas seriam essenciais, sobretudo quanto ao uso de protocolos clínicos específicos; implantação e efetividade de protocolos de referência e contrarreferência; avaliação para qualidade da atenção; grau de satisfação de usuários (FIGUEIREDO e GOES, 2009, p. 265).

Para avaliar mudanças decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Frazão e Marques (2009) entrevistam ACS e amostra aleatória de mulheres do território adstrito, antes e depois do programa. Correlacionam dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e questões relativas aos eixos: *Ciclos de vida e saúde-doença bucal; Práticas e capacidades autorreferidas e Acesso e utilização de serviços odontológicos*. O estudo realiza uma crítica ao contexto em que foi realizado. A oferta de assistência individual estava embasada em modelo tradicional de prática odontológica, centrada no cirurgião-dentista enquanto sujeito exclusivo do processo do trabalho. Ainda assim, indicam a importância que os ACS podem ocupar na promoção da saúde bucal por perceberem mudanças na dimensão cognitiva e nas práticas e capacidades autorreferidas.

Nickel, Caetano e Calvo (2009) desenvolveram metodologia para avaliação da atenção em saúde bucal e realizaram estudo de aplicabilidade em amostra intencional de vinte e dois municípios catarinenses. Realizaram adequação para saúde bucal do modelo de avaliação para a atenção básica, estabelecendo indicadores em oficinas de consenso com especialistas. As dimensões de *Gestão e Provimento da Saúde Bucal* foram valoradas como satisfatórias ou insatisfatórias. Dentro da Gestão, as subdimensões avaliadas foram a *Intersetorialidade; Participação popular; Recursos-humanos e Infra-estrutura*. Foram avaliadas duas subdimensões do Provimento: *Promoção, prevenção e diagnóstico; Tratamento, recuperação e reabilitação*.

Entre os resultados destaca-se, por exemplo, que 55% dos municípios receberam juízo satisfatório em relação à participação popular na dimensão de gestão. Nenhum município foi avaliado de forma satisfatória no Tratamento, Recuperação e Reabilitação ao idoso. Os autores ressaltam que as práticas de mudança de modelo assistencial e a institucionalização da avaliação nos municípios analisados ainda são incipientes.

Lessa e Vettore (2010) analisaram a adequação da gestão da atenção básica em saúde bucal ao modelo de reorientação da atenção em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Foram comparados quatro biênios com base em dimensões descritas por Chaves e Vieira da Silva (2007). A coleta de dados ocorreu por meio de análise documental, questionários semi estruturados e dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

As dimensões de *Planejamento e Programação; Suporte da Gestão aos Profissionais e às Práticas na Atenção Básica; Oferta de Assistência Odontológica/ Utilização de Serviços e Integralidade da Atenção* eram classificadas como adequadas ou inadequadas. Foi observada também a evolução destes quesitos ao longo dos biênios. Os



autores destacam a evolução da dimensão de *Planejamento e Programação* no último biênio analisado, ainda que continuasse apresentando um nível de adequação intermediário. A melhora da dimensão *Integralidade da Atenção* é vinculada ao incremento nos investimentos na atenção secundária. Apesar da mudança percebida na adequação da gestão e no desempenho dos indicadores, os autores lembram que:

As medidas de avaliação usualmente empregadas pelos municípios constituíram-se como métodos frágeis, uma vez que há poucos indicadores específicos para a saúde bucal como também registros incorretos nos SIA-SUS pelos municípios (LESSA e VETTORE, 2010, p. 555).

#### 1.4 A produção e criação do trabalho em saúde

Embora os estudos supracitados constituam-se menos em práticas institucionalizadas do que de pesquisas acadêmicas, são capazes de sintetizar alguns dos desafios atuais da gestão em saúde bucal. As boas práticas administrativas e o estabelecimento apropriado das políticas de saúde estão intimamente ligados à capacidade de monitoramento adequado das atribuições da rede. A compreensão integrada desta rede, em oposição a uma percepção fragmentada e pontual, tem aspectos formativos potenciais a serem explorados pelas práticas de avaliação em saúde.

Uma visão sistêmica da gestão do cuidado é imprescindível para a consolidação do Sistema Único de Saúde. A cogestão perceberia os objetivos e sentidos do trabalho em saúde a partir de processos de negociação e consenso. Superando uma visão piramidal-vertical

de sistema, três dimensões, não hierárquicas, contemplariam a posição dos principais atores no desenho desta pesquisa: *Sistêmica, Organizacional e Profissional* (CECÍLIO, 2009).

Para Fernandes da Silva (2011), no campo da saúde, o conceito das redes advém da necessidade de superar a segmentação da atenção. Esta proposta de estruturação se viabiliza, entre outros aspectos, pelas mudanças nas tecnologias de informação e comunicação. O autor aponta para quatro componentes principais das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde:

1. *Os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde;*
2. *Os serviços de saúde “ou pontos da rede” devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos;*
3. *A logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários e*
4. *O sistema de governança.*

As potenciais contribuições deste modelo seriam oferecer condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzir custos dos serviços, ao imprimir maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (FERNANDES DA SILVA, 2011, p. 2755).

Uma análise dos valores potenciais do trabalho em sua dimensão profissional operacional no interior de uma rede de atenção é apresentada no segmento abaixo, na forma de artigo publicado na Revista Saúde e Transformação Social no ano de 2012.

## 1.5 ARTIGO I - A dimensão profissional na gestão das redes de cuidado: mobilizar saberes diante de novas atribuições

*The professional component in healthcare networks management: mobilizing knowledge for new assignments. Lamas AE, Calvo MCM, Freitas SFT*

### **Resumo**

A construção das redes de cuidado requer o estabelecimento transparente de objetivos, fluxos e o debate sobre o papel de seus atores. Porém, na transição para um modelo horizontalizado e descentralizado de gestão, como o pretendido pela municipalização da saúde, é percebida a interposição de alguns obstáculos à efetivação desta proposta. Esta revisão elenca atribuições da dimensão operacional dentro do sistema e propostas teóricas que definem o espaço do encontro profissional-usuário como central à produção do cuidado pela rede de atenção. Para que o sistema como um todo seja capaz de cumprir seus objetivos, a concepção de trabalho em saúde deve superar contradições de ordem ética, política e epistemológica. Entre os principais desafios à experiência atual está a reestruturação da gestão do trabalho e a formação para uma nova subjetividade profissional.

### **Palavras-chave**

Descentralização; Sistemas Locais de Saúde; Sistema Único de Saúde; Pesquisa Operacional

**Abstract**

The implementation of health care networks requires clear establishment of purposes, relations and roles of its actors. However, the transition to a decentralized and horizontal management model, as intended by health municipalization, highlights some obstacles to the realization of the proposal. This review lists the attributions of the operational dimension discussing theoretical propositions that define the interface professional-user as central to the production of care by health care networks. For the Unified Health System to meet its objectives, the conception of health care work must overcome ethical, political and epistemological contradictions. Among the challenges to current experience, it is worth emphasizing the work management restructure and the formation of a new professional subjectivity.

**Key words**

Decentralization; Local Health Systems; Unified Health System; Operations Research

### 1.5.1 Introdução

O processo de trabalho é a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) percebida por seus usuários. Nesta interface entre arcabouço legal, processos de gestão e provimento de serviços, seus trabalhadores vivenciam os avanços e as eventuais contradições de uma rede de atenção em construção. A capacidade de mobilizar saberes, de compreender a inserção e as atribuições destes trabalhadores na produção do cuidado são condições para que o sistema efetive seus objetivos e seja socialmente legitimado.

Contudo, a gestão do trabalho no SUS viveu um período de indefinição das políticas voltadas à formação e inclusão deste trabalhador no sistema justamente na década de sua implantação. Perante desafios como a incorporação tecnológica e um mercado de trabalho em permanente expansão ficavam evidentes obstáculos *“econômicos, políticos e éticos no tocante aos serviços prestados à população usuária”*<sup>1</sup>.

Esta revisão propõe um debate de valores a ser realizado tanto no âmbito da gestão municipal, nos órgãos de gestão do trabalho no SUS e nas instituições acadêmicas para a construção das redes de atenção em saúde.

### 1.5.2 Objetivos

Revisar conceitos e localizar atribuições referentes ao trabalho em saúde como contribuição ao debate sobre o estabelecimento das redes de atenção em saúde.

### 1.5.3 Percurso metodológico

É realizada uma análise crítica de conceitos subjacentes à formação profissional, registrando novos desafios que se impõem à experiência atual do trabalho em saúde. Em suma, guiam esta análise questionamentos sobre (i) a forma de participação e atuais responsabilidades destes atores no processo de consolidação do sistema de saúde; (ii) o recorte tradicionalmente estabelecido para a formação profissional e (iii) a busca de propostas teóricas que percebam as potencialidades inerentes aos serviços. Foram revisados artigos publicados nacionalmente, na última década, com as seguintes palavras-chave: *gestão do processo de trabalho no SUS; formação profissional; educação e trabalho*.

### 1.5.4 Atribuições da dimensão operacional no advento das redes de cuidado

Em oposição à *racionalidade gerencial hegemônica*, padronizante, antidemocrática e centralizadora, Campos<sup>2</sup> percebe possibilidades inscritas na autonomia profissional e na democracia institucional como premissas do trabalho produtivo. O trabalho em saúde comporta procedimentos que se aproximam ao trabalho técnico, mas também adaptações do saber tecnológico ao contexto singular dependendo, portanto, de “*sujeitos trabalhadores com importante grau de autonomia e de responsabilidade com o outro e com as instituições*”<sup>2</sup>. O autor defende que outra racionalidade gerencial demanda reconstruções nos planos políticos, da sociabilidade, gestão e epistemológicos. A incorporação de novos

conceitos é dependente, por sua vez, de reformas organizacionais e do processo de trabalho no sentido da cogestão e democracia institucional.

O desenho piramidal de sistema, representando a expansão da cobertura e democratização do acesso com a rede de atenção básica, padecia com gargalos entre os níveis de atenção no que diz respeito ao fluxo de informações e dos usuários. Em superação aos modelos anteriores, uma nova iconografia de sistema passa a ser proposta, discutindo as atribuições de seus atores e as *atribuições* dos usuários. Caberia ao sistema ofertar aos usuários a tecnologia certa, no espaço adequado e na ocasião propícia. As limitações das imagens verticais, outrora símbolo de justiça, sugeriam que “[...] *a pirâmide, a despeito da justiça dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar*”<sup>3</sup>.

Em contrapartida, o conceito das redes de atenção à saúde representa uma integração dos serviços como garantia de acesso aos usuários e, conseqüentemente, maior resolutividade e integralidade. Rediscutir relações e responsabilidades de seus atores e instituições pressupõe definições transparentes de fluxos e direcionamento racional ao sistema como um todo. Mas, no interior desta estrutura, qual a posição e quais são as atribuições do trabalho em saúde enquanto dimensão da rede?

Cecílio<sup>4</sup>, ao debater o encontro profissional-usuário, coloca a dimensão profissional no centro do sistema, onde está a demanda por ética, competência e vínculo. Este potencial de *energia-criatividade-produção* exigiria uma base comunicativa das estratégias de gestão, em que seriam contemplados os objetivos e sentidos do trabalho em saúde a partir de processos de negociação e consenso. Exatamente estes encontros humanos, os nós da rede, comportariam “*uma margem de liberdade, de possibilidade de criação, de invenção do inusitado, de atualização do virtual, que escapa aos determinismos que estão presentes na*

*situação*”<sup>4</sup>. Para a gestão do cuidado nesta dimensão profissional três componentes são identificados pelo autor, quais sejam:

[...] a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse “outro” (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu “núcleo” de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente<sup>4</sup>.

Malta e Merhy<sup>5</sup>, ao analisar os desafios na construção da linha do cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, realizam recortes macro e micropolíticos para a discussão. Na perspectiva da micropolítica e do processo de trabalho em saúde reafirmam componentes como a vinculação e a responsabilização do cuidador com o uso de tecnologias leves e duras em espaço relacional subjetivo cuidador-usuário. A compreensão do trabalho em saúde de forma integrada, incluindo a participação e os saberes de uma equipe multidisciplinar, e a busca da produção da autonomia do usuário são prerrogativas a serem consideradas.

Entretanto, é processo de longo prazo a passagem para um padrão descentralizado de gestão, capaz de incorporar conceitos de autonomia e de co-responsabilização na gestão do cuidado. A municipalização da saúde nos anos 90 seria um exemplo de mudança de estruturas e responsabilidades<sup>6</sup>. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em 2003, no bojo de outras medidas é momento crucial no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. As redefinições ocorridas após a criação da Secretaria reafirmavam a “*centralidade da questão dos recursos humanos para a implementação do sistema*”<sup>6</sup>. No entanto, levantamento realizado entre gestores de recursos humanos de Secretarias de Saúde das



capitais e das secretarias estaduais indicava que 60% dos respondentes não conheciam a estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). O objetivo deste programa é exatamente a integração ensino-serviço e reorientação da formação profissional.

Para investigar modelos de gestão do trabalho no SUS, Mendonça et al.<sup>7</sup> analisam experiências exitosas de implantação da Estratégia de Saúde da Família entre quatro capitais brasileiras. São definidas dimensões de análise referentes à política municipal de inserção dos profissionais; estratégia de fixação de profissionais e política municipal de qualificação. As autoras reconhecem na questão dos *recursos humanos* em saúde um dos principais desafios ao processo de implantação do Sistema Único entre os estudos de caso. Entre os municípios selecionados intencionalmente, pela consolidada implantação da estratégia, é destacada a questão da formação e qualificação dos profissionais para atuarem no âmbito das equipes de saúde da família. A pesquisa sintetiza que:

[...] os seguintes aspectos que devem ser valorizados e destacados quanto à gestão do trabalho para a Estratégia de Saúde da Família: (1) a centralidade da gestão do trabalho e o investimento nos processos de qualificação, como prioridades da gestão; (2) as estratégias de educação permanente, que privilegiam o espaço de trabalho como de aprendizagem; (3) a existência de quadro permanente de profissionais selecionados através de concurso público; (4) a implantação de um sistema de remuneração diferenciada, de forma a incentivar e, ao mesmo tempo, remunerar o exercício profissional em locais de grande vulnerabilidade<sup>7</sup>.

### 1.5.5 A formação profissional para o estabelecimento de novas relações e responsabilidades

Para Franco e Merhy<sup>8</sup> a ruptura com o modelo no qual o principal compromisso no ato de assistir é com a produção de procedimentos ocorreria também a partir da reorganização dos processos de trabalho de cada profissional. Nos micro-espços de trabalho e poder “*os trabalhadores de saúde [...] podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais*”<sup>8</sup>. A formação de uma nova subjetividade entre estes trabalhadores passa a condição prévia para o estabelecimento de mudanças efetivas nas práticas. A formação de profissionais críticos e reflexivos sobre a realidade, que saibam integrar saberes em equipe está entre as mudanças necessárias para ampliar o cuidado, alinhando o individual ao coletivo. Seu inerente elemento humano comporta a capacidade de agir, refletir, colocar-se na situação do usuário. Desta perspectiva, a formação se coloca como “*processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde*”<sup>9</sup>.

Ceccim e Feuerwerker<sup>10</sup> reafirmam que estes micro-espços de trabalho e poder, com evidente potencial de mudanças, não deflagravam qualquer aprofundamento de pesquisas na área. “*Na educação, como setor específico das políticas públicas, não se observa a discussão da docência e do ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde*”<sup>10</sup>. Uma política para a mudança deveria, necessariamente, ser capaz de ir além das declarações de intenção e da existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Este avanço ocorreria no sentido de convocar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores, oferecendo possibilidades de interferência real no processo de formação profissional.

A tradição fragmentária, centrada em conteúdos e na pedagogia da transmissão, é vista por Carvalho e Ceccim<sup>11</sup> como contrária ao esforço para aproximar o ensino superior das

necessidades de saúde. A ruptura do conceito de currículo mínimo para os cursos de graduação, ocorrida no início dos anos 2000, é marco para a formação em consonância com as demandas do sistema de saúde. É relevante que a universidade reconheça aspectos como o espaço e o tempo disponibilizados para a criatividade, a integração do conhecimento, o prazer no trabalho coletivo e a responsabilidade social na formação profissional. Desta maneira “*a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no País, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde*”<sup>11</sup>. De forma propositiva, os autores definem que a construção de estratégias deve aprofundar relações entre as instituições de ensino, as estruturas de gestão, a representação popular e os serviços de atenção.

No entanto, na análise de Ramos<sup>12</sup> as políticas de educação profissional brasileiras têm, sob uma multiplicidade de referenciais, tendência ao pragmatismo. Em sua dimensão ético política, sob influência da micro política, até mesmo consideram que nas relações internas aos serviços existem elementos de tomada de consciência e de transformações sociais mais amplas. Entretanto, investigando qualitativamente as práticas pedagógicas da integração ensino-serviço, a autora capta uma contradição importante que modula a subsequente relação de trabalho: a finalidade política do aprendizado tende a aparecer como intencionalidade desvinculada da formação técnico-científica. Ao esbarrar em utilitarismo e tecnicismo, a formação de cidadania acaba apartada do exercício profissional.

Sensíveis ao fato de que novas demandas ao trabalho em saúde, como espaços de escuta e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho, dependem de processos educacionais e formativos para sua reorganização, Sant’Anna e Hennington<sup>13</sup> inserem conceitos da ergologia e da educação popular ao debate. Todo este contexto de mudanças do trabalho em saúde revela a necessidade cada vez maior de um esforço coletivo e cotidiano dos sujeitos implicados na atenção à saúde para a elaboração de propostas educativas e de formação dos trabalhadores da área coerente com o processo de fortalecimento do SUS. Além

disso, é necessário que outros fatores como a priorização da atenção primária, a ênfase na promoção da saúde, a reorganização de serviços de saúde em rede, a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão e a implantação de gestão participativa, também, sejam incorporados na reestruturação do trabalho em saúde<sup>13</sup>.

### **1.5.6 A mobilização de saberes é também um debate de valores**

Recolocando a questão de Cecílio<sup>3</sup>: compreender a gestão do trabalho enquanto processo de criação - e não de controle – concorreria para viabilizar *alternativas mais adequadas à organização dos serviços*? Concepções horizontalizadas de sistema, como as representadas pela rede, dependem da mobilização e responsabilização do trabalhador no uso adequado das tecnologias para a produção do cuidado. As estratégias da formação profissional, por sua vez, seriam incapazes de conferir coerência entre estruturas e práticas enquanto apartam o debate das questões políticas e éticas do saber técnico-científico. Pensar os coletivos de trabalho enquanto espaços privilegiados orienta ao fortalecimento dos propósitos fundamentais do Sistema de Saúde, como participação e controle social.

Mas, se o debate contemporâneo mantém fundamentalmente a perspectiva econômica e técnica, não significa dizer que as relações de trabalho tenham deixado de ser depositárias de valores humanos e éticos, que precedem as normatizações e padronizações. Tal perspectiva aponta, principalmente, para a necessidade de que a produção e a gestão em saúde sejam debatidas com maior rigor epistemológico.

Revisando as principais tendências no campo de estudos sobre trabalho e educação, Santos<sup>14</sup> percebe na década de 1970 uma demanda por pesquisas sobre o fenômeno educativo inerente às relações sociais. Este fenômeno é concomitante às transformações

internacionais do mundo do trabalho e à rearticulação dos movimentos sociais. Uma importante vertente de análise, segundo a autora, procurava “*identificar a natureza dos saberes do trabalho, sua produção, sua mobilização, organização e formalização, além de analisar a sua (i)legitimidade epistemológica e política*”<sup>14</sup>. Nestas pesquisas evidenciava-se a importância do saber do trabalhador para que a produção se efetivasse. Esta vertente, que a partir dos anos de 1990 direciona para as situações de trabalho e para a expressão de uma subjetividade transgressora, compreende que o ambiente de trabalho pode ser estudado para além da concepção de ambiente constrangido pelos ditames do capital. O trabalho pode ser investigado enquanto espaço de produção, mobilização, organização e formalização de saberes.

De acordo com Ferretti<sup>15</sup> o estudo das relações entre trabalho e educação tem historicamente realizado abordagens a partir de duas grandes matrizes. Uma delas, fortemente influenciada pelas mudanças técnico-organizacionais, respondendo não apenas ao desenvolvimento científico tecnológico, mas principalmente, às demandas da produção capitalista. A segunda matriz, com raízes na filosofia e na economia política marxista, formula para a educação problemas de natureza econômica, filosófica, social e ético política. Em ambas matrizes, no período histórico em que predominou a forma taylorista-fordista de produção, o olhar lançado pela educação foi marcado pela dimensão técnica. Mas o autor aponta que uma visão mais completa e complexa da qualificação profissional por parte dos educadores passa a ganhar importância. Uma possibilidade de superação da apartação entre o saber do trabalhador e os processos em que está inserido em função das “[...] *novas formas de organização do trabalho e a utilização de novas tecnologias de produção*”<sup>15</sup>.

Ao ser considerado no campo das ciências sociais, o conceito de atividade e suas dinâmicas devem ser submetidos a uma *inteligência Káirica* conforme Yves Schwartz<sup>16</sup>. Esta percepção inalienável ao homem em sua atividade lhe permite reaprender os processos reais e

complexos entre os coletivos humanos e a história prévia em sua tentativa de império sobre o seu meio. Nada mais distante desta capacidade do que o regime taylorista e sua obediência restrita. Analisar ou intervir em um ambiente de trabalho e permanecer nas regularidades e reproduções de modelos é distanciar-se da ética científica e docente. Este reducionismo, incapaz de definir como os sujeitos participam e determinam a experiência, limita a construção de alternativas, característica da atividade humana, pois “[...] *não há atividade sem imersão no mundo de valores em debate, que o histórico da situação leva a retratar, e reavaliar em função das experiências concretas*”<sup>16</sup>.

Schwartz<sup>17</sup>, assumindo que este saber gerado no trabalho é engajado de valores, propõe estratégias para o empoderamento dos trabalhadores sobre o processo de trabalho como forma de gerar novos tensionamentos diante da indústria e do capital.

Se o trabalho é atravessado de história, se nós fazemos história em toda atividade de trabalho, então, não levar em conta esta verdade nas práticas das esferas educativas e culturais, nos ofícios de pesquisadores, de formadores, nas práticas de gestores, de organização do trabalho, e também na nossa prática de cidadãos, é desconhecer o trabalho. É mutilar as atividades dos homens e das mulheres que, enquanto fabricantes de história, re-questionam os saberes, reproduzindo em permanência novas tarefas para o conhecimento<sup>17</sup>.

Mesmo a tradição filosófica mais progressista pensou o trabalho e a educação dentro de certos limites. Definidora de lutas operárias e demandas sindicais, a aproximação realizada por Hegel e Marx não foi necessariamente equívoca, diz Charlot<sup>18</sup>, mas deixada sem cultivo. As formulações subseqüentes, ao pensar o trabalho como *valor de troca*, acabaram por correlacionar a formação tão somente à qualificação profissional.

[...] e até, prioritariamente, pela questão do reconhecimento desta qualificação nas convenções coletivas garantindo o salário, não é pela questão do trabalho como processo educativo [...]. Entretanto, paradoxalmente, é em termos de acesso ao mundo do trabalho que a educação é pensada hoje, e cada vez mais, é a este acesso que ela está reduzida hoje<sup>18</sup>.

O trabalho e a educação foram pensados contemporaneamente apenas numa *lógica de posição*, referindo-se primordialmente à qualificação, remuneração, classificação profissional, valor mercantil, produção de bens e serviços trocáveis.

Ao trabalho não é atribuído contemporaneamente uma *lógica de atividade*, de sujeitos implicados em um debate com o meio, empenhados na transformação da realidade em que vivemos. O educador aponta para outra percepção possível: o trabalho enquanto processo formativo, para onde devemos apontar ao pensar os problemas atualmente postos. Podemos compreender a experiência do trabalho concreto, atividade e experiência que contempla *valor de uso*, espaço onde “*se colocam a prova valores sociais e políticos na confrontação da atividade de trabalho com as normas antecedentes*”<sup>18</sup>.

### **1.5.7 Considerações: Uma agenda que se impõe à construção das redes de atenção**

A divisão ideológica entre execução e planejamento das tarefas, gestão e fruição dos produtos do trabalho, é incapaz de conferir uma racionalidade de *arredondamento da pirâmide* e real integração das redes e ações de saúde. No recorte empreendido, a análise do trabalho humano como centro do processo de produção confronta-se com as relações fragmentadas dos *pontos da rede* e premissas naturalizadas da contemporaneidade. As

concepções de trabalho em seu *valor de troca* - enquanto capital humano ou recurso - estão evidentes na desvalorização do *encontro produtor de cuidado*, conforme proposto por Cecílio<sup>4</sup> e no distanciamento da atividade humana enquanto *debate com a realidade*, como pressupõem Charlot<sup>18</sup> e Schwartz<sup>17</sup>.

Em que pesem tensões remanescentes de modelos anteriores no que concerne a formação em saúde, a perspectiva de autonomia e compartilhamento de responsabilidades prevê transformações de ordem institucional e alinhamento das políticas de educação e saúde. Tal preocupação deve constituir proposta de investigação pelos órgãos executivos da gestão do trabalho e da educação na saúde em sua prerrogativa de elaborar políticas de formação e de desenvolvimento profissional.

Distintas incursões na micro política das redes de atenção fariam surgir outras questões. Seriam faces de um mesmo fenômeno a alienação do trabalhador em seus coletivos de trabalho, as escolhas tecnológicas descoladas das necessidades sociais e a exclusão dos usuários no sistema de saúde? Podemos antecipar que a análise da experiência dos coletivos de trabalho explicitaria a distância entre suas reais potencialidades e os seus objetivos atuais.

A dimensão operacional, espaço do encontro profissional-usuário sem o qual a produção do cuidado não se efetiva, mantém-se reflexo das contradições do trabalho exíguo em *valor de uso*. Distante da premissa de reflexão e crítica, tendendo ao movimento de esteira e aos fluxos acelerados, o trabalho *formação-resistência-transgressão* é, necessariamente, ponto de partida para a estruturação das redes dentro do sistema vigente.



## Referências do artigo I

1. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanela L et al. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 309-30.
2. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc saúde coletiva** 2010; 15(5): 2337-44.
3. Cecílio LCO. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad de Saúde Pública** 1997; 13(3) p. 469-78.
4. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface comun saúde educ** 2009; 13(1): p. 545-55.
5. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface comun saúde educ** 2010; 14(34) p.593-605.
6. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis (Rio J)* 2008; 18(4): p. 685-704.
7. Mendonça MHM et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva** 2010; 15(5): p. 2355-65.
8. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-123.
9. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanela L et al. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011-1035.

10. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad de Saúde Pública** 2004; 20(5): p. 1400-10.
11. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 137-169.
12. Ramos M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trabeduc saúde** 2009; 7(1): p. 153-73.
13. Sant'anna SR, Hennington EA. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabeduc saúde** 2011; 9(1): p. 223-44.
14. Santos EH. Processos de produção e legitimação de saberes no trabalho. In: Gonçalves LAO (Org.). **Currículos e Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 29-40.
15. Ferretti CJ. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre educação e trabalho. **Educso** 2004; 25(87) 401-22.
16. Schwartz Y. Disciplina epistêmica e disciplina ergológica: Paideia e politeia. **Proposições** 2002; 13(1): p. 127-49.
17. Schwartz Y. Trabalho e saber. **Trabaleduc** 2003; 12(1): p. 21-34.
18. Charlot B. Educação, trabalho: problemáticas contemporâneas convergentes. **Rev Educação Sociedade & Culturas** 2004; 22 p. 9-25.

## CAPÍTULO II

### DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

#### 2.1 Justificativa

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) previa a descentralização das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica por meio dos Planos Estaduais. Em Santa Catarina o processo de avaliação da atenção básica foi desenvolvido por parceria da Secretaria Estadual de Saúde - SES-SC - com o Núcleo de Extensão e Pesquisa de Avaliação em Saúde - NEPAS (UFSC, 2010).

Nos anos de 2008 e 2009 foi aplicada metodologia para avaliação da gestão e provimento da *saúde bucal*. Os resultados apontaram para a necessidade de desenvolvimento de indicadores para os diferentes portes municipais e para uma deficiência de dados em saúde bucal nos sistemas de informação disponíveis. O presente estudo constituiu-se a partir destas constatações.

Duas inovações foram introduzidas no desenvolvimento metodológico: a primeira, estratégica, refere-se à construção participativa do modelo de avaliação por atores

do nível municipal. Sob uma concepção *participatória (sic)* de pesquisa<sup>1</sup> (CRESWELL, 2010), foram elencadas novas questões ao debate e consolidada necessidade de metodologia específica. Surge então a proposta de uma avaliação que congregue os principais grupos de interesse, em processo capaz de atribuir valor à resolubilidade, à qualidade dos serviços e ao direcionamento político para a diminuição das desigualdades em saúde. Para que a legitimidade do processo avaliativo fosse compatível com a validade do instrumento de pesquisa, o modelo privilegiava a contribuição de especialistas na área de avaliação e/ou gestão em saúde bucal durante a construção do instrumento.

A segunda inovação diz respeito à avaliação da atenção em saúde bucal sob a lógica de rede, na ótica preconizada por Cecílio (2009). Esta proposta realiza a compreensão dos mecanismos e componentes internos da rede de atenção, permitindo identificar as intenções políticas – incluindo as necessidades dos usuários – que são subjacentes nas avaliações de resultados.

Como possíveis contribuições desta pesquisa são ressaltados o apoio à implantação das políticas em saúde bucal; a institucionalização das práticas de avaliação e monitoramento e, conseqüentemente, o aprimoramento da gestão do bem público.

---

<sup>1</sup>Nesta concepção filosófica *reivindicatória-participatória*, a investigação da pesquisa está interligada a uma agenda política. Significa também que os participantes ajudam no planejamento das questões, na análise de informações, contemplando uma agenda de mudança institucional (CRESWELL, 2010, p. 32).

## 2.2 Objetivo

### 2.2.1 Geral

Desenvolver modelo de avaliação para gestão das redes integradas de saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde.

### 2.2.2 Específicos

Identificar tendências de avaliação em saúde bucal entre as experiências brasileiras contemporâneas;

Desenvolver modelo teórico-lógico e matriz avaliativa da gestão municipal em saúde bucal de forma participativa, adequados às especificidades loco-regionais;

Aplicar o modelo desenvolvido em município de grande porte da região sul do país.

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Tipo de estudo

Este estudo desenvolve “*instrumentos de captação e/ou intervenção na realidade*” e sua principal contribuição é o estabelecimento e identificação de “*caminhos, procedimentos, para medições posteriores*”. Caracteriza-se, portanto, como uma *pesquisa metodológica* (TOBAR, 2001, p. 70).

A pesquisa metodológica e a construção de matriz de avaliação precedem a aplicação do modelo avaliativo. Esta aplicação ocorreu em avaliação *participativa* para a *gestão* das redes municipais de saúde bucal.

A compreensão de *avaliação participativa* refere-se ao processo sensível ao meio e inclusivo das diferentes construções dos grupos de interesse (FURTADO, 2001). Por sua vez, a *avaliação para a gestão* diz respeito à produção de informações para o aprimoramento do objeto avaliado, por caracterizá-lo e traduzi-lo em medidas quantificáveis e replicáveis (NOVAES, 2000).

### 2.3.2 Objeto de pesquisa: a gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal

O atual *modelo de gestão municipal em saúde bucal* tem como marco fundamental a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990. Na década de 2000, as relações entre os níveis de gestão sofreram sensível redirecionamento pelo Pacto para a Saúde de 2006. Os Pactos pela Vida e de Gestão, documentos que representam uma nova relação entre os entes federados, propõem a superação da normatização das ações pelo estabelecimento pactuado de uma rede descentralizada dos serviços de saúde. Entre as prerrogativas municipais na gestão do SUS cita que:

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União; [...] deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de: a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências [...] (BRASIL, 2006, p. 20).

Na mesma direção, a Política Nacional de Saúde Bucal (2004), propõe o desenvolvimento de *ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal* e a *reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção*. O documento estabelece diretrizes, pressupostos e princípios norteadores das ações a serem concretizados no processo de

trabalho e, por fim, em *ações* municipais específicas a serem implantadas. Conforme esquematizado pelo Programa Brasil Sorridente, é também pressuposto da reorientação do modelo “*incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica*” (BRASIL, 2004, p. 4).

Dentro da tese, o Modelo Preliminar para a Rede Integrada de Atenção à Saúde Bucal compreende os municípios de grande porte como “*espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde*” (FERNANDES DA SILVA, 2011, p. 2756). Os critérios para a inclusão de indicadores de avaliação para cada dimensão correlacionam a dinâmica destes espaços à proposta de Cecílio (2009) de superação da verticalidade dos níveis de atenção à saúde. Desta forma o desenho da avaliação não corresponde à hierarquização dos três níveis de atenção, mas, à concepção que privilegia e induz a governabilidade, a melhoria dos fluxos dos usuários e do processo de trabalho nos *pontos da rede*.

### 2.3.3 Etapa de revisão bibliográfica

Para estabelecer o panorama da avaliação em saúde bucal foi realizada uma revisão clássica intencional dos últimos vinte anos em publicações nacionais como indica o quadro 1:



Quadro 1: Parâmetros para revisão bibliográfica

<b>Periódicos e bases de dados</b>	<b>SciELO</b>  <b>Cadernos de Saúde Pública; Ciência e Saúde Coletiva; Revista Brasileira de Epidemiologia; Saúde e sociedade; Interface e Documentos institucionais.</b>
<b>Palavras-chave</b>	Avaliação em saúde Política de Saúde Gestão em saúde Programas / Programação Sistemas de informação Indicadores (básicos) de saúde Redes de cuidado continuada de saúde Saúde Bucal Avaliação de programas e projetos de saúde
<b>Período</b>	Janeiro de 2000 até redação final.

Os objetivos específicos da tese direcionam o foco para as tendências de avaliação em saúde bucal entre as experiências brasileiras. A busca por termos internacionais não foi sistematizada, embora configure como leitura complementar à pesquisa.

### 2.3.4 Etapas da pesquisa de campo

As etapas da pesquisa de campo comportam uma diversidade de atores e ferramentas apontando para a produção de uma matriz avaliativa e aplicação na realidade municipal, conforme esquema do quadro 2.

Quadro 2: Passos metodológicos, atores envolvidos, objetivos e produtos

Passo metodológico		Atores envolvidos	Ferramentas	Objetivos
				Produtos
Modelo teórico-lógico	Construção	Pesquisadores e Especialistas em Avaliação	Pesquisa documental	<p>Delinear as dimensões da rede de atenção em saúde bucal com vistas à avaliação</p> <p><i>Modelo teórico-lógico preliminar</i></p>
	Validação	Especialistas na área de avaliação ou gestão em saúde bucal	Comitê de especialistas	<p>Aprimorar o modelo e estabelecer critérios de seleção de indicadores</p> <p><i>Modelo teórico-lógico validado</i></p>
Comitê de especialistas em avaliação				
Construção da Matriz avaliativa		Técnicos, gestores, profissionais e especialistas	Comitê de especialistas	<p>Definir indicadores, medidas e parâmetros para cada dimensão avaliada</p> <p><i>Lista e rationale de indicadores</i></p>
Comitê de especialistas em avaliação				
Aplicação empírica em município de grande porte populacional		Gestores, coordenadores de saúde bucal, trabalhadores e usuários (conselheiros de saúde).	Entrevistas, questionários e Sistemas de Informação em Saúde	<p>Analisar comportamento da matriz na realidade municipal</p> <p><i>Avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal</i></p>

### 2.3.5 Construção de modelo teórico-lógico

Estabelecer um modelo teórico-lógico<sup>2</sup> (MTL) é explicitar a teoria dos programas e políticas de saúde, seus processos, problemas, componentes e mecanismos internos. Elementos que se colocados de forma imprecisa podem originar distintas compreensões entre as partes envolvidas (BEZERRA, CAZARIN e ALVES, 2010). Os passos para a modelagem de programas<sup>3</sup> são apresentados por estes autores, seguindo os questionamentos que explicitariam seus aspectos essenciais:

- *Que problema ou situação problemática gerou a necessidade de criação/implantação do programa de saúde?*
- *Qual é o programa de saúde criado para resolver este problema?*
- *Qual o objetivo geral do programa?*
- *Quais os objetivos específicos do programa?*
- *Que metas o programa pretende alcançar?*
- *Qual o público alvo do programa?*
- *Quais os componentes [elenco e agregação das atividades] do programa?*
- *Que atividades são realizadas no programa?*
- *De que estrutura o programa precisa para funcionar?*

---

<sup>2</sup> Algumas correntes diferenciam “modelo-lógico, que explicita apenas o funcionamento do programa e as relações causais entre seus elementos; e modelo-teórico, que extrapola o programa, no sentido da compreensão de outros fatores que podem interferir nos efeitos desejados” (BEZERRA, CAZARIN e ALVES, 2010, p. 67).

<sup>3</sup> Por **programa** podemos considerar toda ação pública com objetivos, recursos e estruturas definidas e que, por conseguinte, são passíveis de avaliação (Conforme comunicação pessoal com Dra. Sonia Natal em 15 de outubro de 2011).

- *Que produtos esperam-se obter com a realização destas atividades?*
- *Que resultados o programa pretende alcançar?*
- *Que fatores podem influenciar o alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa?* (BEZERRA, CAZARIN e ALVES, 2010, p. 67-72).

Coube aos *stakeholders*(grupos de interesse) definir dimensões e subdimensões da avaliação tendo por base o modelo teórico-lógico preliminar. Para tanto, serão aceitas novas propostas ou realocações de dimensões já registradas em estudos de avaliação em saúde bucal, sintetizados no quadro 3.

Quadro 3: Tema, objeto, dimensões e juízo de valor em avaliação em saúde bucal

ESTUDO	TEMA	OBJETO	DIMENSÕES	JUÍZO DE VALOR
1	Incorporação da saúde bucal no PSF	19 municípios do Rio Grande do Norte	Acesso; Organização do trabalho; Estratégias de programação.	Satisfatório Pouco Satisfatório e Insatisfatório
2	Implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal.	Dois municípios da Bahia com mais de 100 mil habitantes.	Gestão da atenção à saúde bucal e Práticas profissionais na atenção básica. <sup>4</sup>	Grau de implantação da atenção à saúde bucal no município: Avançado, intermediário e incipiente.
3	Implantação de Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	14 unidades de saúde da zona leste do município de São Paulo	Conhecimento dos profissionais; Adequação dos processos de trabalho e Estrutura.	(Quanto à implantação) Plenamente; satisfatoriamente; parcialmente ou insatisfatoriamente implantado.
4	Avaliação normativa comparando o cumprimento global das metas propostas para cada tipo de CEO	22 Centros de Especialidades Odontológicas Estado de Pernambuco	Estruturais; Contextuais. <sup>5</sup>	Ruim, Regular, Bom e Ótimo.

<sup>4</sup>Os autores referem-se às dimensões como “níveis de análise”.

<sup>5</sup> Os autores utilizam o termo “características avaliativas”.

5	Desenvolvimento metodológico em saúde bucal e teste de aplicabilidade	Amostra intencional de 22 municípios catarinenses	Gestão da SB e Provimento da SB. <sup>6</sup>	Satisfatório ou insatisfatório.
6	Adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal municipal ao modelo de reorientação atual	Município de Fortaleza, Ceará.	Mesmas dimensões propostas por Chaves e Vieira da Silva, 2007.	Adequação/inadequação ao modelo e tendências de aumento ou redução desta adequação nas dimensões.

1. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Tatyana Maria Silva de Souza e Angelo Giuseppe Roncalli, 2007;*

2. *Atenção à SB e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Sônia Cristina Lima Chaves e Lígia Maria Vieira-da-Silva, 2007;*

3. *Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da ESF, na zona leste do município de São Paulo. Silvio Carlos Coelho de Abreu, 2008;*

4. *Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Nilcema Figueiredo e Paulo Sávio Angeiras de Goes, 2009;*

5. *Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. Daniela Alba Nickel, João Carlos Caetano, Maria Cristina Marino Calvo, 2009;*

6. *Gestão da Atenção Básica em SB no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Caroline Ferreira Martins Lessa e Mario Vianna Vettore, 2010.*

Para o desenho do modelo teórico-lógico foram realizados Comitês de Especialistas e pesquisa documental (quadro 4).

<sup>6</sup> As subdimensões da gestão seriam “Intersetorialidade, participação popular”, “recursos-humanos e infraestrutura”. O provimento está aliado à “promoção, prevenção e diagnóstico”; “tratamento, recuperação e reabilitação”.

Quadro 4: Documentos para estabelecimento preliminar de modelo teórico lógico.

<i>Documentos</i>	<i>Principais resoluções</i>
Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde de 1990	Estabelecem os princípios doutrinários e filosóficos do sistema e regulamentação subsequente.
Brasil. Diretrizes da PNSB, 2004 <sup>a</sup>	Apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.
Brasil. Pactos pela Vida e de Gestão, 2006	Apresenta mudanças para a execução do SUS, dentre as quais a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão e Regionalização cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização.
Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 2.3.6 Validação do modelo teórico-lógico

A validação do modelo por especialistas e técnicos foi realizada por grupo definido em consulta ao Currículo Lattes pela produção científica na área de gestão, planejamento e avaliação em saúde bucal. Foram contactados dez pesquisadores dos quais oito aceitaram o convite por correio eletrônico. A participação destes foi presencial em comitê que definiu redação final dos racionais de cada dimensão e subdimensão do modelo de gestão da rede integrada em saúde bucal.

Entre as fases de construção, validação e aplicação do modelo foram realizados comitês entre o pesquisador e orientadores, especialistas na área de avaliação em saúde, de forma a discutir os procedimentos adotados na pesquisa.

### 2.3.7 Construção de matriz avaliativa

No campo da avaliação em saúde as matrizes são utilizadas para expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo. Respondem também quanto ao efeito dos componentes e permitem a síntese em forma de juízo de valor, compreendendo inclusive informações qualitativas (ALVES et al., 2010).

A construção da matriz avaliativa foi realizada com pessoal técnico da secretaria municipal de saúde, profissionais da rede e especialistas. Esta etapa permitiu estabelecer indicadores que atendam aos critérios propostos por Alves et al., 2010 (p. 100):

- *Validade – O indicador mede o que foi proposto?*
- *Sensibilidade – O indicador capta mudanças na situação?*
- *Especificidade – As mudanças captadas são reais/ verdadeiras?*
- *Relevância – Qual a importância do indicador para a tomada de decisão?*
- *Simplicidade – O indicador está facilmente disponível?*
- *Custo-efetividade – Os resultados justificam o investimento de tempo e recurso?*
- *Oportunidade – O indicador está disponível quando se necessita dele?*

### 2.3.8 Aplicação empírica do modelo de avaliação

De forma a avaliar o comportamento desta matriz, foram definidas dentro da mesma metodologia:

- *Medidas e cálculo para cada indicador;*
- *Fontes dos dados e informações;*
- *Forma de coleta dos dados (primários ou secundários).*

A partir deste produto, foi aplicado o Modelo de Avaliação das Redes Integradas de Atenção em Saúde Bucal na realidade de um município de grande porte. As etapas de construção do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa, assim como sua subsequente aplicação empírica, foram realizadas na rede de atenção em saúde bucal do município de Porto Alegre - RS. A aplicação foi condicionada ao aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde sob forma de declaração da instituição onde foi realizada a coleta de dados (Anexo C).

### 2.3.9 Comunicação dos resultados e aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC após o aceite formalizado da instituição participante. A colaboração dos indivíduos nas entrevistas e nas demais atividades ocorreu por ciência e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), sendo mantida privacidade/anonimato, inclusive no momento da publicação dos resultados.

A pesquisa foi financiada por bolsa de Doutorado CAPES. Todos os procedimentos de coleta e análise dos dados foram custeados pela bolsa e pelo pesquisador.



## 2.4 ARTIGO II - Redes integradas em saúde bucal: desenvolvimento de modelo teórico com vistas à avaliação

*Lamas AE, Calvo MCM, Freitas SFT.*

### **Resumo**

O Sistema Único de Saúde vivencia um processo de expansão e descentralização das ações em saúde bucal. Este contexto estabelece novos desafios à gestão no âmbito municipal, por definir o cuidado como produto de uma rede integrada em que os atores pactuam suas atribuições em protocolos e fluxos fundamentais. Cabe debater qual modelo melhor representaria a constituição destas redes e como avaliar a integração entre ações e serviços. Este artigo propõe uma base conceitual ao arranjo das redes integradas com vistas à gestão do cuidado. Para tanto, foram revisados documentos institucionais e pesquisas que elencam as atribuições das redes de atenção a partir de suas atividades. Com base em modelo teórico-lógico próprio, uma matriz avaliativa foi construída em comitê de especialistas, buscando uma visão sistêmica para a atenção em saúde bucal. Este trabalho pretende fundamentalmente contribuir para a institucionalização da avaliação como instrumento de apoio à gestão no âmbito municipal e para o desenvolvimento de uma rede integrada em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Descentralização, Gestão em Saúde, Rede de cuidado, Avaliação em Saúde, Saúde Bucal.

### **Abstract**

The Unified Health System experiences a process of expansion and decentralization of oral health care. This context sets new challenges to the management at the municipal level while defining attention as a product of an integrated network in which actors negotiate their assignments based on protocols and fundamental flows. It is worth discussing, however, which model best represents the establishment of these networks and how to set a value judgment on the integration between programs and services. A review proposes a conceptual arrangement to define, from its activities, the dimensions within networks. An exclusive theoretical model is proposed in pursuit of unity and interdependence of their main components. Finally, a committee of specialists develops an evaluative matrix aligned with a systemic view of oral health care. This paper aims to institutionalize evaluation as a tool to support management within municipalities and contribute to an integrated network of oral health at Unified Health System.

**Keywords** Decentralization, Health Management, Care Network, Health Evaluation, Oral Health.

#### 2.4.1 Política de saúde bucal, rede de atenção e avaliação

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estabelece como pressuposto o fortalecimento da atenção básica e da rede de serviços “*garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização*”<sup>1</sup>. Análises recentes desta política apontam que intervenções em saúde bucal - como a fluoretação das águas e o atendimento público odontológico - não atingem a desejada amplitude universal<sup>2</sup>. Tais limitações estão associadas à desintegração entre os níveis de atenção da rede de serviços<sup>3</sup> e à desvinculação entre as políticas de saúde e demais políticas públicas como educação, renda e moradia<sup>4</sup>.

Nos últimos dez anos houve expansão do financiamento do cuidado primário em saúde bucal em todo território nacional. A atenção à média complexidade ampliou o rol e a escala de procedimentos com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias<sup>5</sup>.

A falta de adequado planejamento estratégico, apesar do aumento dos recursos, pode implicar até mesmo, na ampliação das desigualdades. Contraditoriamente, “*ainda não existem avaliações de amplitude nacional quanto ao efeito do serviço público odontológico sobre as desigualdades nos indicadores de saúde bucal, bem como são escassos os estudos aplicados aos contextos regionais*”<sup>2</sup>. Assim sendo, cresce em importância a avaliação e o monitoramento, de forma a conferir transparência aos investimentos em saúde bucal.

O atual modelo de gestão municipal em saúde bucal tem seus marcos fundamentais na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado e a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os

níveis de atenção requerem “*uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços como parte indissociável dessa*”<sup>1</sup>. Os Pactos pela Vida e de Gestão inauguram a proposta de superação da normatização das ações pelo estabelecimento pactuado de uma rede descentralizada de serviços<sup>6</sup>.

Tal contexto e arcabouço jurídico institucional estabeleceram novos desafios à gestão no âmbito municipal. Pensar o cuidado enquanto produto de uma rede integrada exige que atores pactuem e transpareçam suas atribuições e fluxos fundamentais. Cabe debater, todavia, que modelo melhor representaria a superação da segmentação entre ações e serviços na constituição destas redes e quais as contribuições específicas da avaliação em saúde nos novos processos de planejamento e gestão.

O artigo propõe bases conceituais ao arranjo de uma rede integrada, relatando experiências de avaliação e elencando atributos específicos para a saúde bucal. O alinhamento empreendido entre um modelo de rede integrada e aspectos formativos da avaliação pretende contribuir para a institucionalização da avaliação como instrumento de apoio à gestão no âmbito municipal em saúde bucal.

#### **2.4.2 Uma visão sistêmica das dimensões da rede**

O conceito de redes advém da necessidade de superar a segmentação da atenção à saúde. Esta iconografia representa, na concepção dos sistemas de saúde, a “*organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida*”<sup>7</sup>.

A adequação do marco legal e o aperfeiçoamento dos arranjos institucionais são exemplos de desafios macro para o aperfeiçoamento das redes de atenção. A conectividade e

os processos educacionais representariam desafios intermediários ou meso, enquanto o gerenciamento multiprofissional usuário centrado e a vigilância à saúde seriam alguns dos desafios micro<sup>8</sup>.

A perspectiva marcada pelo debate do micropoder localiza os atores desta rede em três dimensões não hierárquicas, em círculos concêntricos. Neste desenho de rede a dimensão do trabalho em encontro com o usuário é central. A cogestão da rede em formação deve considerar os objetivos e sentidos do trabalho em saúde a partir de processos de negociação e consenso. Para superar a visão piramidal-vertical de sistema, três dimensões contemplam a posição dos principais atores: *Sistêmica, Organizacional e Profissional*<sup>9</sup>.

A crise contemporânea do setor saúde, sob uma análise macroestrutural, é um reflexo do distanciamento entre os sistemas e as necessidades geradas pela transição epidemiológica e demográfica. A superação da crise viria com a desfragmentação dos pontos de atenção, por ora incomunicáveis entre si. As redes de atenção, organizando-se de forma poliárquica, com missão e objetivos comuns, apresentariam enquanto elementos constitutivos fundamentais a *população, estrutura operacional e modelo de atenção*<sup>10</sup>.

### **2.4.3 Atribuições de uma rede integrada de saúde bucal**

Na última década, a abordagem usual dos estudos de avaliação em saúde bucal tem sido o recorte por níveis de atenção, programas específicos, ou mesmo linhas de cuidado. Entretanto, na revisão desses estudos nacionais e seus respectivos modelos, é possível identificar elementos que remetem aos níveis estratégicos, táticos e operacionais de gestão.

A gestão estratégica em saúde bucal, mesmo sob a descentralização no SUS, não foi acompanhada de um incremento na capacidade administrativa dos serviços tendo um

desempenho insuficiente na organização da atenção<sup>11</sup>. No que diz respeito ao modelo assistencial, acesso, estratégias de programação e organização do trabalho, a incorporação da saúde bucal na ESF não representou avanço efetivo. De fato, os municípios que mais avançaram nesta implantação foram aqueles com melhores condições de vida da população e, provavelmente, com políticas públicas na área da saúde mais bem estruturadas. Pode ser ressaltada neste quesito, a importância de aspectos contextuais modulando o estabelecimento da atenção em saúde bucal<sup>4</sup>. No recorte da intersetorialidade, recursos-humanos, infraestrutura e participação popular, o desempenho da gestão apresenta-se satisfatória, em determinados contextos, apenas em relação à última<sup>12</sup>.

A interface entre os níveis de atenção e o cumprimento das metas dos serviços pode ser compreendida por características contextuais e estruturais. Como atividade organizacional do sistema, pressupõe-se a

[...] necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação e monitoramento destes serviços. Ademais, novas pesquisas seriam essenciais, sobretudo quanto ao uso de protocolos clínicos específicos; implantação e efetividade de protocolos de referência e contra-referência; avaliação para qualidade da atenção; grau de satisfação de usuários<sup>13</sup>.

O nível operacional da rede é descrito em relação ao cuidado aos *ciclos de vida; saúde-doença bucal; práticas e capacidades autorreferidas*. A oferta de assistência individual tende a ser embasada em modelo tradicional de prática odontológica, centrada no cirurgião-dentista enquanto sujeito exclusivo do processo do trabalho. Por serem atores das mudanças

de ordem cognitiva e de práticas, os trabalhadores ocupam papel importante na promoção da saúde bucal e na interface profissional-usuário<sup>14</sup>.

Existem, todavia, experiências em que o conhecimento dos profissionais e a adequação dos processos de trabalho atendem satisfatoriamente às diretrizes preconizadas. Ainda que as relações entre tais componentes não tenham sido descritas em modelo prévio, a importância de institucionalização de processos avaliativos e a necessidade de considerar os resultados dos programas nas condições de saúde dos usuários são ressaltadas<sup>15</sup>.

#### **2.4.4 Critérios e indicadores de avaliação**

Os sistemas de informação em saúde surgem neste debate como instrumentos de captação da realidade que fornecem apoio para a tomada de decisão à gestão<sup>16</sup>. Mas a institucionalização da avaliação nas realidades municipais, tanto quanto as práticas de mudança de modelo assistencial, ainda são incipientes<sup>12</sup>. Em que pese eventuais mudanças e adequações da gestão e desempenho de indicadores, de fato

As medidas de avaliação usualmente empregadas pelos municípios constituíram-se como métodos frágeis, uma vez que há poucos indicadores específicos para a saúde bucal como também registros incorretos no SIA-SUS pelos municípios<sup>16</sup>.

Internacionalmente, na década de 1970, o maior papel estatal no financiamento das ações sanitárias conduzia ao desenvolvimento da avaliação na área da saúde pública<sup>17</sup>.

Nas duas última década, propostas como a de uma avaliação construtivista no SUS<sup>18</sup> ou a tipologia de avaliação para a decisão<sup>19</sup> prenunciavam, no Brasil, o potencial formativo destas avaliações.

Enquanto função da gestão, a avaliação confere racionalidade e efetividade ao processo de decisão permitindo que estas beneficiem, com equidade, o maior número de indivíduos. A avaliação pode ser considerada como área de aplicação, abarcando uma diversidade de saberes em processos includentes e participativos<sup>20</sup>. Superando o racionalismo de desenhos experimentais controlados, a avaliação pode ser considerada uma metodologia agregadora para programas intersetoriais e potencial suporte aos “*stakeholders* [decisores] *nas suas atividades, permitindo uma análise do processo e dos resultados alcançados*”<sup>21</sup>.

#### **2.4.5 Pesquisa metodológica para desenvolvimento de um modelo de avaliação**

Foram realizados quatro procedimentos de forma a desenvolver a matriz avaliativa da Rede Integrada de Atenção em Saúde Bucal: (i) Revisão de literatura e documentos institucionais estabelecendo as dimensões da rede de atenção; (ii) Levantamento dos atributos básicos (consideradas aqui como subdimensões do objeto), fluxos e pontos da rede em saúde bucal; (iii) Desenho do modelo teórico-lógico e (iv) Validação em comitê de especialistas selecionados com base na sua formação acadêmica ou inserção na rede de atenção municipal.

Foram pesquisadas nas bases *Scielo*, *Lilacs* e em publicações institucionais as palavras-chave *política de saúde; gestão em saúde; programas / programação e redes de cuidado* de forma a contextualizar a expansão dos serviços sob a temática das redes. Na identificação dos componentes e mecanismos da atenção em saúde bucal foram pesquisadas



as palavras-chave *avaliação em saúde; saúde bucal e avaliação de programas e projetos de saúde*. Subsequentemente, o modelo teórico preliminar foi utilizado por especialistas para a construção dos indicadores para a matriz avaliativa.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina no parecer número 118.893e da instituição coparticipante (Anexos A e B).

#### **2.4.6 Comitê de especialistas**

Estabelecer um modelo teórico-lógico é explicitar a base teórica dos programas e políticas de saúde, seus processos, problemas, componentes e mecanismos internos. Tais elementos, se colocados de forma imprecisa, podem originar distintas compreensões entre as partes envolvidas. Desta forma, para reconstruir o objeto a ser avaliado, são usadas estratégias de modelagem que compreendam a complexidade de forma mais teórica ou mais sistêmica<sup>22</sup>.

Para formular a teoria de uma política é necessário conectar as premissas e sequências causais que ligam meios e fins em um modelo plausível<sup>23</sup>. Ao propor modelo de rede integrada em saúde bucal, este estudo desenvolve instrumento de captação e intervenção na realidade identificando procedimentos para medições posteriores, caracterizando-se como uma pesquisa metodológica<sup>24</sup>.

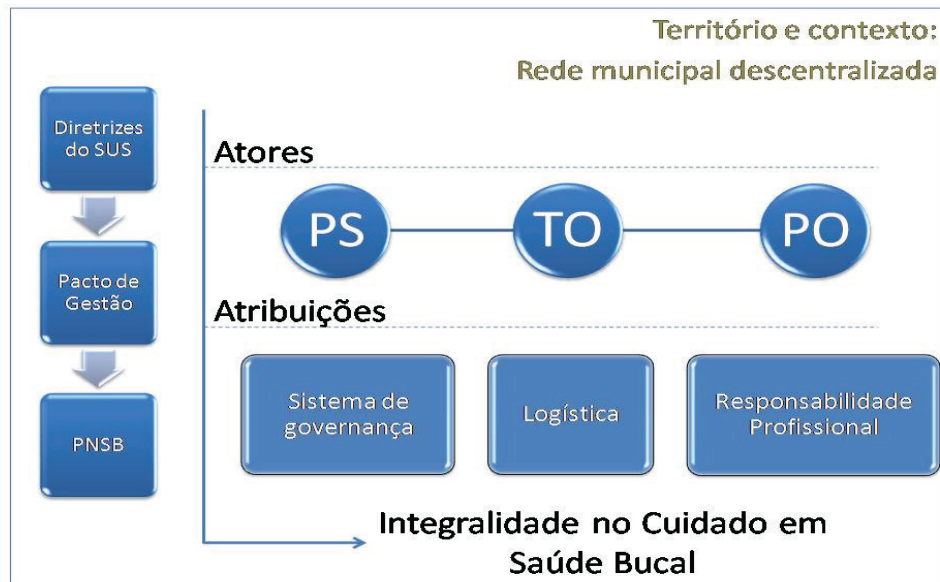
A construção do modelo teórico da Rede Integrada de Saúde Bucal utiliza-se dos componentes propostos por Fernandes da Silva<sup>25</sup>, quais sejam: (i) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; (ii) os serviços de saúde, ou pontos da rede, devidamente caracterizados quanto a suas funções e

objetivos; (iii) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e (iv) o sistema de governança. Tal proposta de construção de redes se viabiliza, entre outros aspectos, pelas mudanças nas tecnologias de informação e comunicação, tendo como perspectiva oferecer condições mais adequadas para a integralidade, reduzindo custos a partir da racionalidade na utilização de recursos.

A gestão das ações e serviços de saúde bucal foi avaliada sob três dimensões. A *dimensão político sistêmica (PS)* tem por objetivo precípua a garantia de um sistema de governança atento à interdependência entre os atores envolvidos. A *dimensão técnico organizacional (TO)* refere-se à garantia de acesso às tecnologias de cuidado e fluxos de informação. Por último, a gestão do microespaço de trabalho e poder, envolta pela relação profissional-usuário compondo a *dimensão profissional operacional (PO)*.

No comitê com especialistas foram definidos indicadores específicos e sensíveis para cada dimensão e subdimensão da Rede Integrada de Saúde Bucal, sob critérios de: (i) *transparência* (aqui concebida enquanto prestação de contas das ações<sup>26</sup>), (ii) *responsividade* (ligada aos conceitos de eficiência e efetividade<sup>27, 28, 29, 30</sup>) e (iii) *sustentabilidade e integração* (capacidade de aproximar, sistematizar e sustentar ações entre serviços de naturezas distintas ou similares<sup>31</sup>). O produto final desta rede integrada, no pleno desenvolvimento de suas potencialidades e propósitos, compreenderia a produção do cuidado em saúde bucal aos usuários de determinado território e em dado contexto (Figura 1).

Figura 1: Modelo preliminar para a Rede Integrada de Atenção em Saúde Bucal



O modelo preliminar foi submetido ao comitê de especialistas de forma a construir indicadores específicos e sensíveis para cada uma das subdimensões. O encontro de oito especialistas - técnicos da secretaria de saúde de município de grande porte do Sul do País e pesquisadores da área de gestão e avaliação em saúde - ocorreu ao final do primeiro quadrimestre de 2013. Após o estabelecimento do modelo lógico (sintetizado na tabela 1), o comitê obteve como produtos *rationales* e medidas elencadas nos quadros 5, 6 e 7.

Tabela 1: Modelo lógico da rede integrada de saúde bucal

	<i>1 Político sistêmico</i>	<i>2 Técnico organizacional</i>	<i>3 Profissional operacional</i>
<b>Atores</b>	Gestão estratégica	Gestão tática	Gestão operacional
<b>Atributos</b>	Governança	Logística	Cuidado
<b>Transparência</b>	Relações público-privadas	Incorporação tecnológica	Registro da Informação
<b>Responsividade</b>	Definições estratégicas	Suporte técnico	Resolubilidade
<b>Sustentabilidade</b>	Recursos	Integração	Integração

#### 2.4.7 Resultados: Os *rationales*

##### 2.4.7.1 Dimensão Político Sistêmica

Esta dimensão tem como atributos a garantia de unicidade em torno dos princípios constitucionais; a sustentabilidade econômica e o direcionamento sistêmico da rede. Esses atributos são viabilizados pela articulação política, com vistas ao controle social do sistema, pela construção de estrutura de gestão compatível e definição de missão transparente. É premissa para uma rede integrada um “*sistema de governança que compreenda a interdependência entre os atores envolvidos nas definições estratégicas para a rede*”<sup>25</sup>.

Quadro 5: Medidas para a Dimensão Político Sistêmica

<i>Subdimensão e rationale</i>	<i>Medidas</i>
<p>1.1 Transparência das relações público-privadas:</p> <p>O nível estratégico de gestão deve garantir a relação público-privada coerente com políticas públicas. O provimento dos serviços de saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde deve ser feito preferencialmente por estrutura pública própria. A contratualização com entidades filantrópicas ou privadas, prevista constitucionalmente, deve ser complementar. Assim sendo, o crescente repasse financeiro direto ou isenção fiscal aos serviços privados ou filantrópicos para provimento de serviços básicos em Saúde Bucal transparece deficiência da governança e desregulamentação das relações estabelecidas entre o município e prestadores de serviços externos. A aprovação dos gastos públicos municipais subentende adequação na contratualização com os prestadores de serviço.</p>	<p>1: Existência de aprovação prévia das contratualizações de serviços terceirizados de saúde bucal no CMS (Justificativa: cabe à gestão municipal ampliar o quadro próprio de servidores e estabelecimentos de saúde, em atenção às prerrogativas legais e ao atributo inalienável de definição dos rumos da rede).</p> <p>2: Existência de sistema publicizado de pagamento e produção de serviços de saúde bucal contratado.</p>
<p>1.2 Responsividade para as definições estratégicas:</p> <p>A gestão deve estabelecer o direcionamento estratégico para conformação da rede de saúde bucal. A estrutura única de governança da rede deve dispor de sistema de planejamento estratégico, monitoramento e avaliação (que inclua a percepção do usuário), deliberando planos plurianuais, desenho, valores e missão para a rede como um todo. A capacidade de expressar consensos em planos, programações e metas pode ser medida pelo processo das reuniões periódicas e em produtos como o plano municipal e</p>	<p>1: Existência de discussões no CMS (atas) para elaboração do plano municipal e da programação anual em saúde bucal, expressando a capacidade da gestão de articular previamente com controle social do sistema.</p> <p>2: Percentual de alcance das metas previstas na última programação anual de saúde bucal remetendo à capacidade da</p>

delineamento/comunicação da missão da rede.	gestão de estabelecer imagem objetivo e criar condições para que esta seja concretizada.
<p>1.3 Sustentabilidade de recursos:</p> <p>A gestão deve garantir recursos que ofereçam condições de manutenção, continuidade e aperfeiçoamento da rede de saúde bucal. A instrumentalização da rede para elaboração de projetos e execução orçamentária faz parte de definições macropolíticas entre os grupos de interesse dentro no setor saúde, inclusive, em disputa com outras ações estratégicas. Os repasses financeiros serão garantidores dos insumos básicos ao funcionamento dos serviços de saúde bucal e devem ser aplicados sem descontinuidade, em atenção à programação prévia, ao longo do ano de competência.</p>	<p>1: Ampliação de recursos e execução orçamentária em saúde bucal.</p> <p>2: Razão ESB/ESF. Justificativa: a razão entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família expressa o financiamento adequado para a atenção.</p> <p>3: Cobertura de procedimentos especializados para população sem plano de saúde.</p>

#### 2.4.7.2 Dimensão Técnico Organizacional

Esta dimensão provê soluções técnicas e regulamenta padrões de qualidade aos serviços prestados com a elaboração de projetos, programação das ações e definição de metas em consonância com o Plano Municipal de Saúde. A atuação deste componente da rede está diretamente ligada aos aspectos de estrutura física, tecnológica e arcabouço normativo que dão suporte aos serviços de saúde bucal. A coerência entre as definições políticas e as ações da rede depende dessa dimensão enquanto “*sistema logístico que orienta e controla o acesso às tecnologias do cuidado e o fluxo dos usuários na rede*”<sup>25</sup>.

Quadro 6: Medidas para a Dimensão Técnico Organizacional

<i>Subdimensão e rationale</i>	<i>Medidas</i>
<p>2.1 Transparência na incorporação tecnológica:</p> <p>O nível tático da gestão deve selecionar programas, estratégias e recursos de maneira transparente com justificada relação custo-benefício. As decisões sobre a racionalidade econômica de determinada tecnologia devem ser transparentes em atenção à probidade da administração do bem público. A existência de editais criteriosos e estruturação prévia de protocolos demonstra a preocupação técnico-organizacional em direção ao dimensionamento adequado e suficiente com vistas à economia e equidade na utilização destes recursos.</p>	<p>1: Existência de sistema de pregão eletrônico e padronização de marcas pré-aprovadas para compra de insumos odontológicos.</p> <p>2: Existência de protocolos clínicos e assistenciais na atenção odontológica.</p>
<p>2.2 Responsividade de suporte técnico:</p> <p>O nível tático da gestão deve dar suporte às equipes locais no enfrentamento dos problemas identificados em seu território. O estabelecimento de critérios de necessidade e parâmetros de acesso deve ser capaz de organizar o provimento dos serviços de saúde bucal de forma sensível à demanda de cada território, superando o modelo que opera a partir de sua própria oferta. O adequado diagnóstico das necessidades de saúde bucal no território municipal é imprescindível à programação e estabelecimento de metas de acordo com a capacidade instalada de cada distrito sanitário.</p>	<p>1: Realiza educação permanente para execução de levantamento epidemiológico.</p> <p>2: Suporte técnico ao levantamento epidemiológico e territorialização pelas unidades básicas.</p> <p>3: Percentual de unidades que receberam relatórios sobre a fluoretação de águas de abastecimentos.</p>

<p><b>2.3 Sustentabilidade na integração:</b></p> <p>O nível tático da gestão deve garantir que os objetivos dos níveis de atenção estejam alinhados para a integralidade do cuidado. A integração entre serviços com distintos níveis de complexidade é crucial para que o usuário receba a tecnologia certa no momento adequado. O sistema logístico e de apoio deve responder pela agilidade da troca de informações e o tempo de espera para que a integralidade seja alcançada e para que os agravos não sejam magnificados em todo território e para todos os usuários. A estruturação de um sistema informatizado de registro em todos os níveis da rede demonstra o avanço técnico de integração do sistema.</p>	<p>1: Percentual de prontuários eletrônicos unificado na rede de serviços.</p> <p>2: Estabelecimento de fluxos de referência e contra referência dos usuários e informações de saúde.</p>
--	---

#### **2.4.7.3 Dimensão Profissional Operacional:**

Esta dimensão tem por atributos “[...] *a postura ética do trabalhador; a competência com que opera o seu núcleo de saber e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente*”<sup>9</sup>. Esta dimensão representa os “*serviços de saúde, ou pontos da rede, devidamente caracterizados quanto às suas funções e objetivos onde ocorre o encontro profissional usuário*”<sup>25</sup>.



Quadro 7: Medidas para a Dimensão Profissional Operacional

<i>Subdimensão e rationale</i>	<i>Medidas</i>
<p>3.1 Transparência na informação:</p> <p>No nível operacional devem ser garantidos os mecanismos de informações que permitam o conhecimento e acompanhamento das ações realizadas e das condições de saúde da população. A transparência dos produtos deste trabalho ocorre na alimentação adequada dos sistemas de informação quanto à situação de saúde e produção ambulatorial. O registro adequado das informações clínicas e condutas profissionais referem-se à apropriada prestação de contas e postura prevista no código de ética do trabalhador da saúde bucal no exercício de sua função.</p>	<p>1: Percentual de unidades com registro clínico odontológico unificado ao prontuário de família.</p> <p>2: Diferença entre as informações prestadas ao SIA e SIAB pelas Equipes de Saúde da Família. Justificativa: o número de 1<sup>as</sup> Consultas Odontológicas compatível no registro dos diferentes sistemas de informação subentende organização local da informação.</p>
<p>3.2 Responsividade quanto à resolubilidade:</p> <p>O nível operacional deve identificar a tecnologia adequada para resolução das situações clínicas detectadas, com conhecimento atualizado e oportuno. A dimensão operacional deve utilizar protocolos ou evidências científicas, pois esta competência interfere diretamente na resolubilidade. O uso de tecnologias adequadas contribui para a diminuição de filas de espera, marcação de exames e número de consultas especializadas. Os profissionais da rede são responsáveis por garantir que os encaminhamentos para outros níveis de atenção sejam apropriados e</p>	<p>1: Percentual de unidades que cumpriram o protocolo de atendimento a gestantes em saúde bucal.</p> <p>2: Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas.</p> <p>3: Percentual de encaminhamentos inadequados da atenção básica para os centros de especialidades odontológicas.</p>

oportunos.	
<p>3.3 Sustentabilidade da integração:</p> <p>A sustentabilidade no nível local ocorre a partir da sinergia inter e intra equipes em direção ao diagnóstico e solução dos problemas em dada realidade. Os serviços primários são cruciais para a identificação e prevenção de agravos e locus privilegiado à promoção da saúde pelo potencial de empoderamento dos atores locais e articulação de ações intersetoriais. O diálogo com as comunidades e a identificação de demandas da população devem ser considerados na proposição de ações ou campanhas específicas. Internamente, a descentralização e desburocratização do cuidado clínico devem considerar a valorização do pessoal técnico e auxiliar.</p>	<p>1: Proporção CLS e Unidades de Saúde (UBS e USF).</p> <p>2: Ampliação dos procedimentos executados por Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal.</p> <p>3: Aumento no acesso ao tratamento clínico da população alvo do Programa Saúde na Escola. Justificativa: demanda articulação entre unidades para que a identificação de necessidade resulte em agendamento, mesmo de alunos fora da área adstrita da equipe de saúde.</p>

#### 2.4.8 Discussão sobre o desenvolvimento da matriz e *rationales*

A demanda dos serviços em expansão e o fomento à pesquisa no País têm aproximado a investigação científica dos problemas na implantação das redes de atenção em saúde bucal. A Rede Integrada de Saúde Bucal, sem desconsiderar a singularidade de cada experiência municipal, carece de modelo que defina caminhos ao cuidado integral alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde, marcadamente aos princípios organizativos de *descentralização e controle social*. Paralelamente, tal modelo deve superar tanto a *normatização das ações em saúde*<sup>6</sup> quanto a *segmentação de políticas e programas* em saúde bucal<sup>1</sup>.

Na análise das redes de atenção à saúde, seus componentes devem ser descritos sob uma visão sistêmica, não de forma fragmentária. O modelo teórico-lógico apresentado situa elementos com vistas à gestão pactuada de serviços interdependentes. As abordagens avaliativas tradicionais, por níveis de atenção, programas e linhas de cuidado não dão conta da complexidade dos fatores envolvidos na produção do cuidado.

A proposta de matriz avaliativa centrada nos atores e atribuições, elevando o trabalho (gestão operacional) ao mesmo nível de importância da gestão estratégica e tática pretende problematizar “*como*” e “*para quê*” avaliar este objeto. Dentro da diversidade de experiências, momentos e contextos municipais, a avaliação das redes surge como instrumento de reflexão sobre seus mecanismos internos. Tal avaliação formativa é pensada como instrumento de mobilização de saberes, condição precípua à resolutividade, equidade e integralidade em saúde.

#### 2.4.9 Considerações finais

Este estudo quer agregar elementos ao debate conceitual acadêmico e induzir iniciativas, no interior das redes municipais, de propostas de avaliação suficientemente sensíveis às especificidades da experiência e que reafirmem a primazia das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Na institucionalização de melhores práticas de *gestão em rede*, a compreensão e mudança dos processos internos podem representar uma complexidade maior do que a intervenção sobre seus recursos (*inputs*) ou resultados (*outputs*), em referência ao paradigma *donabediano*. Para tanto, metodologias e procedimentos devem ser desenvolvidos em coerência com a natureza do objeto avaliado, antecipando a necessidade de participação e empoderamento dos atores nas realidades sobre as quais se discorre.

#### 2.4.10 Referências do artigo II

1. Brasil. **Diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS**. Brasília, 2004. Acesso em: 23 de set. 2012. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf).
2. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública** 2010; 44(2): 360-365.
3. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública** 2010; 44(6): 1005-13.
4. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad de Saúde Pública** 2007; 23(11): 2727-39.
5. Pucca G, Hilan E. Financiamento das ações de saúde bucal – limites e possibilidades. In: Goes PSA, Moysés SJ, (Orgs). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 213-22.
6. Brasil. Pactos pela Vida e de Gestão. **Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2006. Acesso em: 23 de setembro de 2012. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_2\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_2_completo.pdf).
7. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc** 2011; 20(4): 867-74.
8. Fernandes da Silva S. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: \_\_\_\_\_, (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS. O Pacto pela Saúde e as redes regionalizadas de ações de serviço de saúde**. Campinas, SP: IDISA CONASEMS; 2008. p. 117-36.
9. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface comun saúde educ** 2009; 13(1): 545-55. Acesso em: 10 de jul. de 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=pt&nrm=iso)

10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva** 2010; 15(5): 2297-305
11. Chaves CL, Vieira da Silva LM. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciênc saúde coletiva** 2007; 12(6): 1697-1710.
12. Nickel DA, Caetano JCC, Calvo MC. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal **Pesq. Bras.OdontopedClinIntegr** 2009; 9(3): 373-79.
13. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad de Saúde Pública** 2009; 25(2): 259-67.
14. Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública** 2009; 43(3): 3463-471.
15. Abreu CSC. **Avaliação da implantação do programa de saúde bucal da estratégia saúde da família, na zona leste do município de São Paulo**, [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2008. 219 p.
16. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc** 2010; 19(3): 547-56.
17. Contandriopoulos P, Champagne F, Denis J-louis, Pineault R. Avaliação em saúde. In: **Avaliação em saúde**. Hartz ZMA 2ª reimpressão. Fiocruz E, editor. Rio de Janeiro: 2002. p. 29-47.
18. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc saúde coletiva**. 2001; 6(1): 165-81. Acesso em: 15 de janeiro de 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
19. Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública** 2000; 34(5): 574-59.
20. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface comun saúde educ** 2000; 4(7): 113-118. Acesso em: janeiro de 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).

21. Carvalho AI, BoldsteinRC, Hartz ZMA, Matilda AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciênc saúde coletiva** 2004; 9(3) :521-529.
22. Bezerra, LA; Cazarin G; Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico, Isabella et al. (orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
23. Oliveira LGD; Natal, S; Felisberto, E, Alves, CKA; Santos EM. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc saúde coletiva**2010; 15(Supl. 1): 997-1008.
24. Tobar, F;Yalour, MR. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 172p.
25. Fernandes da Silva S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil) **Ciênc saúde coletiva**2011; 16 (6): 2753-762.
26. Fleury S, Ouverney AM. Construindo uma tipologia para a identificação e análise da interdependência em rede. In: \_\_\_\_\_. **Gestão de redes. A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. p. 75-110.
27. Azevedo S, Anastasia F. Governança, Accountability e Responsividade. **Revista de Economia Política** 2002; 22(1): 79-97.
28. Hollanda E, Siqueira SV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz **Ciênc saúde coletiva**. No prelo
29. Silva A, Valentine N. **Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries**. World Health Organization Paper Series (21) 2000; Acesso em: setembro de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper21.pdf>
30. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc saúde coletiva** 2005; 10(3). p. 599-613.
31. Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2011. 549 p.

### CAPÍTULO III

#### RESULTADOS DA APLICAÇÃO EMPÍRICA E SÍNTESE SOBRE A PESQUISA METODOLÓGICA

Os resultados apresentados advêm da aplicação empírica da matriz avaliativa em município de grande porte populacional no sul do País. No estudo de caso, a identificação de problemas e proposição de soluções à realidade estudada utiliza-se da análise dos *racionales* pelos grupos de interesse e setores técnicos locais. Os dados quantitativos e qualitativos são apresentados e discutidos no recorte de cada dimensão para posterior síntese e juízo de valor sobre a integração da rede e aplicabilidade do método.



### 3.1 Dimensão Político Sistêmica

Na dimensão político sistêmica a gestão da rede de atenção em saúde bucal foi analisada quanto à sua capacidade de estabelecer transparência nas relações público-privadas; responder à necessidade de estabelecimento de definições estratégicas e prover recursos com sustentabilidade.

A análise da transparência das relações público-privadas pelo Núcleo do Conselho Municipal de Saúde (CMS) parte do debate sobre a existência de aprovação prévia das contratualizações de serviços terceirizados de saúde bucal. Para o entrevistado I “*A contratualização de terceirizados é apresentada como única alternativa pela Secretaria Municipal de Saúde ainda que o CMS compreenda a Atenção Básica como atribuição intransferível para [prestadores] terceirizados. Esta relação dificulta a gestão e estabelecimento de direção única ou modelo de gestão, que deixa de estar na Secretaria*”. A regulação destes parceiros é tida como frágil.

O mesmo entrevistado ressalta que pactuações existentes entre CMS e Secretaria nem sempre se efetivam como, por exemplo, na definição do escopo de serviços implantados no passado. Para o entrevistado II “*Os[serviços] terceirizados comportam-se como apêndices do Sistema Único de Saúde*”. Apesar destas ressalvas o grupo de entrevistados concordou que existe a aprovação prévia destas contratações.

Foi ponto pacífico entre os entrevistados a realização de discussões no CMS para elaboração do plano municipal e da programação anual em saúde bucal, bem como de articulações prévias que expressem a capacidade de diálogo da gestão municipal com o controle social do sistema. Acerca desta premissa o entrevistado II salienta que “*O CMS foi*

*ouvido para elaboração do Plano se comparado com anos anteriores*". O Entrevistado I não considera esta escuta plenamente realizada *"pois os grupos de planejamento e avaliação instituídos de forma descentralizada não são homogêneos e nem sempre atingem sua atribuição de captar e projetar as demandas das gerências no plano"*.

A sistematização e elaboração do plano municipal ocorrem pela interlocução do CMS com a Assessoria de Planejamento. Esta última articula com Áreas Técnicas de forma a responder aos questionamentos do Conselho na redação do Plano Municipal e Programação Anual. O entrevistado I interpõe um elemento nesta construção: as gerências distritais, ordenadoras dos serviços locais na perspectiva da gestão descentralizada de recursos humanos e programação local. Esta articulação *"acabou por se desconstituir ao longo do tempo"*. Em momentos em que *"o cobertor era ainda mais curto as gerências realocavam dentistas, no interior da gerência ou mesmo entre gerências, para que os serviços mantivessem funcionamento na falta eventual de profissionais. Ainda que esta articulação deva ser mais bem afinada, está em construção a cada dia"*. Temas específicos como a destinação de verba para informatização, apesar de debatidos pelo conselho, não receberam deliberação consensual. Uma síntese acerca do formato atual de construção das políticas em saúde bucal é realizada pelo entrevistado II: *"Não existe negação por parte da SMS para articulação e diálogo, o que falta é uma cultura de planejamento"*.

No que se refere à sustentabilidade de recursos, dados do Portal de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde registram a ampliação de financiamento para insumos de saúde bucal na ordem de 232%. O entrevistado X, respondendo pela Regulação de Serviços de Saúde, afirma que todo processamento relativo ao faturamento está disponível em relatórios públicos em site ministerial e ainda em bancos passíveis de busca pelos dispositivos Tabnet ou Tabwin.

A relação de 75 equipes de saúde bucal para 88 equipes de saúde da família expressa que o financiamento para a atenção em saúde bucal busca acompanhar a ampliação da estratégia de saúde da família. A cobertura populacional por equipes básicas de saúde bucal passou a 32,61% em janeiro de 2013. Dados do SIA - SUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dão conta de que em 2012 foi ofertado 0,1 procedimento especializado para cada usuário SUS dependente. Estas informações dão conta de uma rede ainda incipiente quanto à cobertura básica e especializada.

Se analisada a capacidade da gestão político sistêmica de estabelecer *imagem-objetivo* e criar condições para que esta seja concretizada, 64% das metas previstas na última programação anual de saúde bucal foram alcançadas entre 2011 e 2012. A definição macropolítica por expansão dos serviços de saúde bucal obteve impacto sistêmico limitado na realidade estudada rumo à missão de integralidade da atenção. Pode ser considerado que neste percurso o controle social do sistema deve assumir papel deliberativo e fiscalizador mais preponderante.

### 3.2 Dimensão Técnico Organizacional

A dimensão técnico organizacional deve prover soluções diante dos desafios registrados pelas metas da programação anual em consonância com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde. Nesta dimensão, a probidade da administração do bem público e a transparência na incorporação tecnológica são traduzidas pela justificada relação custo-benefício na compra de materiais, adequação da capacidade técnica e integração das informações nos serviços.

Segundo dados da Área Técnica de Saúde Bucal e da Comissão de Padronização de Materiais, ao final de 2012, 53,4% dos produtos odontológicos da lista de compras possuíam código específico para registro de preço e constavam em lista de marcas pré-aprovadas demonstrando expansão e qualificação em relação aos anos anteriores. Segundo o entrevistado IX, membro da Comissão, o sistema de pregão eletrônico organizado pela secretaria da fazenda do município proporciona maior transparência aos processos licitatórios.

Está em curso um processo formativo de elaboração de protocolos assistenciais por comitês dos profissionais especialistas da rede, mas estes guias sobre o fluxo de pacientes entre serviços e níveis de atenção não foram instituídos. Para o entrevistado IV, que participa da formulação destes documentos “[...] *a falta de um protocolo bem estabelecido contribui para a deficiência nos encaminhamentos e conseqüentemente maior quantitativo de contrarreferências*”.

Para um dos coordenadores de centro de especialidades odontológicas (CEO), entrevistado V, existe um desperdício de vagas superior ao aceitável pela falta deste protocolo, principalmente nas especialidades mais “*concorridas*” como endodontia e periodontia. Este protocolo “*conteria as informações necessárias e indispensáveis ao clínico que desejasse fazer o encaminhamento e [...] respaldaria o especialista em relação à contrarreferência*”. Para o coordenador do CEO, um direcionamento das ações de educação permanente poderia “*disseminar conhecimento*” e aumentar a “*segurança*” do clínico no manejo dos elementos dentários condenados enviados ao especialista. Em outro distrito sanitário, o coordenador do CEO coloca a educação permanente em termos de “*matriciamento*”. Mesmo considerando os encaminhamentos “*aceitáveis*”, entende que os serviços devem ser aprimorados com relação às tecnologias para dar conta das condições sensíveis [às intervenções da atenção básica].

Do ponto de vista de identificação das necessidades coletivas, cabe à dimensão técnico organizacional instrumentalizar os serviços de saúde bucal para que sejam sensíveis à demanda de cada território, superando o modelo que opera a partir de sua própria oferta. Dez entre as dezenove atividades de educação permanente, realizadas para cento e quinze unidades básicas com equipes de saúde bucal, abordavam temas relacionados ao diagnóstico de comunidade e levantamento de necessidades (incluindo as ações do Programa Saúde na Escola) no primeiro quadrimestre de 2013. O tema do levantamento epidemiológico não foi abordado entre estas atividades. É o que referem dois entrevistados (VIII e IX) da Área Técnica de Saúde Bucal, complementando: *“Ainda temos muito a avançar na qualificação das atividades de educação permanente. Iniciamos discussões com as equipes de saúde bucal sobre reorganização do acesso à atenção odontológica e reorientação dos processos de trabalho dessas equipes, mas ainda não avançamos na organização de levantamentos epidemiológicos locais”*.

O diagnóstico de necessidades locais passa pela identificação da exposição dos indivíduos aos teores adequados de flúor nas águas de abastecimento. O entrevistado III, representante da Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária, ressalta que *“[...] no início da vigilância dos teores de flúor, as unidades básicas participavam da coleta e recebiam relatórios semestrais ou anuais. Nos últimos anos não temos enviado os relatórios para as unidades básicas uma vez que os teores de flúor nas águas de abastecimento se mantém estáveis e dentro de patamares adequados”*. Ainda assim, estes dados estão disponíveis em página eletrônica da secretaria com o relatório de quinze anos dos teores de flúor nas águas de abastecimento no município.

A dimensão técnico organizacional deve responder pela apropriada troca de informações, em todo território e para todos os usuários. A estruturação de um sistema informatizado de registro em todos os níveis da rede e utilização de prontuários eletrônicos

unificado é uma aproximação desta atribuição. O Departamento de Informatização da Secretaria Municipal de Saúde registra o número de trinta e nove unidades com sistema informatizado de agendamento. Além da regulação mínima do acesso, as informações clínicas dos usuários devem estar disponíveis entre os pontos de atenção. Para tanto, o modelo de expansão da informatização passa por processo de reavaliação com o advento da estratégia e-SUS e do sistema de informações SISAB.

Pela descrição realizada, a responsividade do suporte técnico e a capacidade de integração das informações são incipientes diante do desafio de desfragmentar e alinhar distintos programas e serviços de saúde bucal rumo à integralidade do cuidado em saúde bucal.

### 3.3 Dimensão Profissional Operacional

Se por um lado a disponibilidade de sistema informatizado de agendamento e registro clínico é atributo da dimensão técnico organizacional, a agregação e utilização de tais dados passa necessariamente pela *gestão no micro espaço de trabalho e poder*. Neste quesito, três gerências identificaram quinze unidades com o registro odontológico junto ao prontuário da família ou individual. Outras duas gerências responderam negativamente. As raras iniciativas identificadas de unificação dos prontuários ocorreram em Equipes de Saúde da Família e em unidades Básicas, não importando o modelo de organização das unidades. Em todo serviço, a busca por informações sobre a saúde sistêmica pode ocorrer com a solicitação do prontuário de saúde pela equipe de saúde bucal, mas tal desagregação demonstra que as informações em saúde bucal não são disponibilizadas com a mesma facilidade ao resto da equipe de saúde.

Cabe à gestão operacional da rede o registro apropriado da produção ambulatorial por meio da alimentação adequada dos sistemas de informação. Foi identificada uma diferença de 2,04% entre as informações prestadas sobre o número de 1<sup>as</sup> Consultas Odontológicas ao SIA e ao SIAB pelas Equipes de Saúde da Família, apontando considerável compatibilidade entre o registro dos diferentes sistemas de informação ou, em outros termos, prestação de contas e organização local da informação.

Em que pesem as condições estruturais, a resolubilidade clínica é fruto das boas práticas e do bom vínculo entre equipe de saúde e pacientes. A cobertura de 77% das gestantes cadastradas pelas ESF com 1<sup>as</sup> consultas odontológicas programáticas indica que mesmo este grupo prioritário não tem acesso universal. Outro indicador importante sugere que na população em geral, a cada quatro primeiras consultas realizadas, apenas um usuário conclui o tratamento de acordo com dados do SIAB. No universo de alunos com necessidade clínica, identificadas pelo Programa Saúde na Escola, apenas 17,71% concluíram o tratamento odontológico em 2012.

É o nível operacional que identifica a melhor tecnologia para a resolução das situações clínicas detectadas, com conhecimento atualizado e oportuno com o uso de evidências científicas. O uso de tecnologias adequadas contribui para a diminuição de filas de espera, marcação de exames e número de consultas especializadas. Os profissionais da rede são responsáveis por garantir que encaminhamentos para outros níveis de atenção sejam apropriados e oportunos. Para o especialista e coordenador do CEO (entrevistado IV) não existe adequada orientação matricial, acrescentando: *“Considero que é uma prática que melhoraria os encaminhamentos. Acredito que a maioria dos encaminhamentos inadequados está relacionada às falhas diagnósticas”*. O entrevistado VII complementa que *“[os pacientes mal encaminhados] são mesmo assim absorvidos por este serviço e não são*

*contrarreferenciados. Isso interfere sim na capacidade de atendimento porque perdemos consulta [em procedimentos] que não são contabilizados para as metas do CEO”.*

A escuta e a identificação de demandas das comunidades passa pela articulação com o controle social. Informações do Conselho Municipal de Saúde dão conta da existência de 13 conselhos distritais de saúde e de 70 conselhos locais de saúde em um universo de 143 serviços básicos. Para o representante do conselho (entrevistado II) *“nem todos conselhos locais de saúde tem funcionamento ideal no sentido de reuniões rotineiras, construção de estatuto e captação de demandas das regiões”.*

A dimensão operacional tem a premissa de descentralização e desburocratização do cuidado clínico, valorizando o trabalhador auxiliar e técnico. Esta última categoria ampliou em 10,43% o número de atendimentos realizados em 2012 em relação ao ano anterior, traduzindo a ampliação da capacidade técnica auxiliar em procedimentos clínicos. A prestação de contas pelos sistemas de informação ocorre de forma adequada ainda que os registros acerca do usuário tenham um fluxo limitado entre os núcleos de saber da equipe. A necessidade de maior vinculação dos usuários pelos serviços básicos em sua atribuição de resolubilidade passa pela integralidade da compreensão e do estabelecimento do cuidado individual.

A integração da rede de serviços de mesma natureza em determinado território remete à interlocução e empoderamento dos atores locais. Os procedimentos adotados nestes conselhos devem ser valorizados e potencializados estrategicamente para inscrever ações e serviços comuns às regiões de saúde na agenda política municipal.



### 3.4 Síntese sobre o processo de aplicação da matriz avaliativa

O delineamento preliminar da pesquisa buscou o debate entre um modelo idealizado de rede e a experiência da gestão em saúde bucal de um município de grande porte populacional. O balizamento teórico associado à expectativa de atores locais definindo procedimentos pode ser apontado como mérito do trabalho e do coletivo de atores envolvido na pesquisa. As entrevistas abarcaram a análise qualitativa de dez informantes-chave de cinco setores gerenciais da secretaria municipal de saúde: o Conselho Municipal de Saúde; A Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária; A Coordenadoria Geral de Regulação de Serviços de Saúde; A Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde, Serviços Ambulatoriais e Substitutivos e Coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Este percurso foi possível por refutar a dicotomia entre gestão e trabalho enquanto categorias distantes e hierarquizadas quanto à sua importância na construção do cuidado. Foi com base neste equilíbrio que o desenvolvimento metodológico analisou o objeto e lançou as bases para a matriz avaliativa. A primeira etapa pode ser compreendida como contribuição maior da tese no sentido acadêmico, a segunda, o retorno esperado à tomada de decisão para a gestão da rede municipal.

Tabela 2: Desafios de integração da rede de saúde bucal rumo à integralidade da atenção no estudo de caso

<b><i>Dimensão Político sistêmica</i></b>	<b><i>Dimensão Técnico organizacional</i></b>	<b><i>Dimensão Profissional operacional</i></b>
<i>Governança</i>	<i>Logística</i>	<i>Cuidado</i>
<i>A definição macropolítica por expansão dos serviços de saúde bucal obteve impacto limitado na missão de integralidade da atenção. O controle social do sistema deve assumir papel deliberativo e fiscalizador preponderante.</i>	<i>A transparência na incorporação tecnológica e esforços instrumentalar a capacidade técnica das equipes comprometidos pela integração vertical das informações clínicas e dos programas desenvolvidos nos serviços.</i>	<i>A capacidade de cogestão e autonomia do nível operacional merece fortalecimento. Apesar de diagnosticar problemas locais, esta identificação não deflagra processos de planejamento e articulação. Sem tal articulação, a ampliação de recursos e tecnologias não responderá às metas programáticas e às demandas dos usuários.</i>

Este estudo avaliativo permitiu adaptações e criações de acordo com os desafios impostos pela realidade do campo na aplicação empírica, a despeito do que seria esperado de metodologias mais *duras*. À luz dos *rationales* estabelecidos pelos especialistas, a solução da escala Lickert enquanto facilitadora ao juízo de valor pelos entrevistados surgiu na etapa derradeira de coleta de dados. Uma clara limitação do estudo é a necessidade de ampliar a representação do controle social na definição prévia do desenho de rede e mesmo na definição de seus indicadores. Por outro lado, a aproximação de especialistas, gestores e trabalhadores foi contemplada e contribuiu inclusive na instituição do estatuto do colegiado gestor de saúde bucal enquanto a pesquisa ainda se desenvolvia (Apêndice A).

Um importante problema enfrentado diz respeito à inconstante forma de registro nos serviços básicos e especializados. Alinhando-se à estratégia vigente no município que já problematizava a questão junto às coordenações, a coleta de dados induziu intervenções locais na qualificação dos dados. O caráter formativo da pesquisa se fez presente ao padronizar fórmulas de cálculo a patamares aceitáveis entre os diversos relatórios e formatos de prestação de contas.

O pressuposto de que a avaliação não existe de forma abrangente nas realidades municipais não foi verificado na experiência. Esta prática é uma constante e está capilarizada em uma diversidade de programas e processos. Entretanto, é perceptível a sobreposição ou mesmo despropósito de diversos indicadores, vistos pelos profissionais como acúmulo de atribuição sem resultados evidenciáveis. Se considerada a desconexão entre “*o que avaliar*”; “*como avaliar*” e “*para que avaliar*”. A análise empírica do trabalhador sobre os processos avaliativos instituídos não pode ser totalmente desconsiderada. A existência de sistemas de informação paralelos para as equipes tradicionais e da estratégia obrigaram, por vezes, a restrição do objeto avaliado (como no número de primeiras consultas odontológicas para gestantes). A coleta de dados primários (como de unificação de prontuários) foi responsável por tornar determinados momentos da coleta demorados e custosos. A proposta ministerial de um sistema de informações que trabalhe com dados individualizados, e não agregados, para toda modalidade de serviço básico, deve qualificar processos avaliativos vindouros.

O estudo empreendido como uma pesquisa metodológica sugere que a avaliação de quinta geração se aproxima deste processo sensível ao meio e inclusivo das diferentes construções dos grupos de interesse, como preconiza Furtado (2001). O caminho trilhado de uma avaliação processual, guiada teoricamente, lança luzes sobre o objeto estudado que uma análise normativa de resultados não poderia realizar. Os rearranjos institucionais e as

implicações geradas pela pesquisa são de difícil aferição, cabendo para tanto delineamento longitudinal ou uma meta-avaliação.

### 3.5 Síntese sobre as possibilidades de investigações futuras

O território das cidades mais populosas é palco privilegiado para a compreensão e intervenção sobre nós críticos do Sistema Único de Saúde. A implantação fragmentária de políticas e a complexa relação entre gestão, trabalho e produção do cuidado impõem mudanças ao modelo de produção de saúde nestes territórios e ao foco das pesquisas científicas. A academia deve perceber novamente no mundo do trabalho a rica confluência das formas ideais em debate com a experiência e, principalmente, suas implicações políticas nos rumos das coletividades.

Como desafio teórico verifica-se a transformação social das grandes cidades no contexto da modernidade. Entender as rupturas na ordem econômica, cultural e epistemológica para as tradições do trabalho, do cuidado e da política é campo fértil para estudos transdisciplinares, abrindo possibilidades de investigações sobre a construção das redes em seu interior.

Os princípios da atenção primária à saúde devem ser reafirmados como ordenadores do cuidado e estratégicos para a redefinição das estruturas de todo o sistema. A discussão lançada sobre posições e relações dos pontos de uma rede e o desafio da integração questiona o lugar comum da *centralidade da equipe de saúde na resolução dos problemas de saúde dos usuários*. A análise conjuntural empreendida acabou por transcender este debate, apontando que a maturidade política da cidade se inscreve na capacidade de realizar pactuações e, portanto, nos produtos da rede de atenção. Ambas, cidades e redes crescem

entrelaçadas. Mas sua expansão, sem governança e objetivos transparentes e pactuados, não consegue garantir os direitos vitais de seus cidadãos. Neste sentido, explicitar/resgatar conceitualmente o caráter *poliárquico* das redes de atenção é, por si só, pensar, agir e redefinir as *políticas de produção de saúde*.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Carlos Silvio Coelho de. **Avaliação da implantação do programa de saúde bucal da estratégia saúde da família, na zona leste do município de São Paulo**, [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2008. 219 p.

ALVES, Cíntia Kalyne de Almeida; NATAL, Sonia; FELISBERTO, Eronildo; SAMICO, Isabella. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico, Isabella et al. (orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-107.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365. 2010.

BEZERRA, Luciana Albuquerque; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, Isabella et al. (orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 10 de dezembro de 2010.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf). Acesso em: 29 de dezembro de 2010.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 29 de dezembro de 2010.

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm). Acesso em: 29 de dezembro de 2010.

BRASIL. **Pactos pela Vida e de Gestão.** 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_2\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_2_completo.pdf). Acesso em: 20 de dezembro de 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde,** 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Consulta por tipo de estabelecimentos. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipes.asp?VEstado=43&VMun=431490&VComp=201010](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=43&VMun=431490&VComp=201010) Acesso em: 14 de janeiro de 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 13 supl. 1, p. 545-555, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 de julho de 2010.

CHAVES, Sonia Cristina Lima et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública,** v. 44, n. 6, p.1005-1013, 2010.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; VIEIRA-DA-SILVA, Lúcia Maria. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública,** v. 23, n. 5, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 Agosto de 2011.

CHOUINARD, J. A., COUSINS, J. B. A review and synthesis of current research on cross-cultural evaluation. **American Journal of Evaluation**, v. 30, n. 4, p. 457 - 94, 2009. Disponível em: <http://aje.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1098214009349865> Acesso em: 7 de junho de 2011.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 29-47.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Método Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Porto Alegre: Artmed. 3ª Edição, 2010.

FARO, Ana Cristina Mancussi. **Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem**. Rev. Esc. Enf. USP, v.31, n. 1, p. 259-73, 1997.

FERNANDES DA SILVA, Sílvia. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p.259-267, 2009.

FRAZÃO, Paulo; MARQUES, Débora. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 3463-471, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 de janeiro de 2011.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.165-181, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 23 de julho de 2010.



HARTZ, Zulmira Maria de Araújo e CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo e SILVA, Ligia Maria Vieira(Orgs.) **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 27-45.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 14 de janeiro de 2010.

LESSA, Caroline Ferreira Martins; VETTORE, Mario Vianna. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza , Ceará , entre 1999 e 2006. **Saúde e Sociedade**, v.19, n. 3, p. 547-556,2010.

NICKEL, Daniela Alba; CAETANO, João Carlos Caetano; CALVO, Maria Cristina. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal Pesq. Bras. **Odontoped. Clin Integr.**, v. 9, n. 3, p. 373-379, 2009.

NOVAES, Hillegonda Maria. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 574-59,out. de 2000.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 11, p.2727-2739, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Políticas de saúde/ Saúde Bucal. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=807](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807) Acesso em: 14 de janeiro de 2010.

TOBAR, Federico; YALOUR, MR. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 172p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Relatório Técnico: Consultoria para dar apoio técnico operacional à equipe da Secretaria de Estado da Saúde na Avaliação da Atenção Básica**. p. 1-14, 2010.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, p. 711-724, 2004.

VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, 2007.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - Capítulo de Livro. Elementos para a integração das redes de atenção: Relato de experiência de institucionalização de estatuto de colegiado gestor em saúde bucal

*Lamas, AE; Calvo, MCM; Freitas, S; Ritter, F; Tarouco, E; Klein, E.*

### **Resumo**

O ordenamento jurídico e a reorganização dos processos de trabalho são fundamentais para a institucionalização das redes de atenção em saúde. Neste percurso, o aprofundamento conceitual se torna igualmente premente para que a gestão dos serviços de saúde supere o paradoxo de estabelecimento da autonomia com interdependência entre os pontos da rede. A revisão de literatura e o relato de experiência de institucionalização de colegiado gestor em saúde bucal são apresentados para discutir os desafios dessa estruturação em municípios de grande porte populacional. Como produto desta problematização é apresentado diagrama organizacional pactuado para a dimensão técnico organizacional enquanto componente integrador das políticas e ações de saúde rumo à efetiva integralidade da atenção.

## **A institucionalização das redes de atenção**

O conceito de redes de atenção ressurgiu no momento em que a descentralização dos serviços, a transparência dos processos de gestão e a democratização das instituições são debatidas pelo Sistema Único de Saúde. A sua contribuição fundamental refere-se à perspectiva de que uma nova arquitetura de práticas e poderes permita o provimento da atenção integral às demandas de saúde, dentro de determinado território.

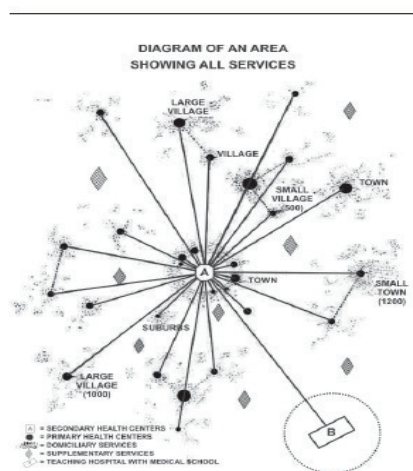
Quase três décadas se passaram entre a idealização de um modelo de rede pelo Relatório Dawson, em 1920, e o momento político que permitiria sua adaptação ao sistema de saúde inglês (KUSCHNIR e CHORNY, 2010). Tanto quanto ocorreu naquele contexto, a sua concretização na realidade brasileira também está aberta a uma série de desafios que percorrem do campo político ao debate teórico; da mobilização da sociedade para o controle social à formação para o trabalho em saúde.

O que esperar de uma rede de atenção? A resposta de um gestor, usuário ou trabalhador não poderia ser diferente: é esperada a mudança na realidade em que esta rede se insere. Entretanto, os caminhos e prioridades são invariavelmente diversos, não raro, diametralmente opostos entre os diversos grupos de interesse. A inerente indefinição da rede, característica também da realidade contemporânea, é posta então diante da gestão (em seu sentido mais amplo) de forma que a rede de atenção alcance seus objetivos fundamentais.

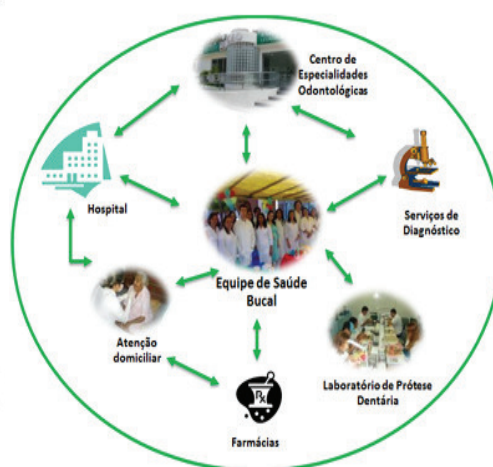
Figura 2: Organização dos Serviços apresentado pelo Relatório Dawson

Figura 3: Rede Integrada de Atenção à Saúde Bucal segundo Coordenação Nacional de Saúde Bucal

*Figura 2*



*Figura 3*



Neste relato de experiência o percurso de construção de diretrizes e estatuto para o colegiado gestor em saúde bucal é utilizado para problematizar aspectos esperados da rede de saúde bucal. É apresentado diagrama para a dimensão técnico organizacional da rede de atenção em saúde bucal de município de grande porte populacional enquanto componente integrador das políticas e ações de saúde rumo, à efetiva integralidade da atenção.

### **Aspectos conceituais: sobre os propósitos das redes de atenção**

Qual o papel da gestão e do trabalho em saúde no interior das redes? Realizar a gestão de políticas públicas e programas é ainda controlar o tempo e administrar os movimentos de uma *mão-de-obra* especializada? Embora o trabalho livre, significativo, produzindo bens coletivos seja um conceito em eminente extinção na sociedade contemporânea, aspectos contextuais e teóricos devem ser considerados para melhor compreender a institucionalização das redes de atenção.

Carvalho (2009) sugere que é da natureza da cidade moderna inaugurar particularidades na dinâmica das relações sociais. Uma das marcas deste habitat da multidão é o “*processo por meio do qual o morador [...] se aliena do espaço [...]*” (CARVALHO, 2010, p. 41) seja nas ruas numeradas da periferia ou nas avenidas das megalópoles. Sua ilimitada expansão faz com que a força e os propósitos da cidade declinem, junto com a possibilidade de que seus objetivos sejam realizados. Para o autor, a cidade no cenário contemporâneo evidencia a necessidade de adequação dos modelos de gestão destas relações. Não atentar para tal contexto resultaria em modos autoritários de gestão.

O debate sobre os espaços sociais também destaca a contradição de valores apresentada por suas instituições. “*O desenvolvimento das instituições sociais modernas e sua difusão em escala mundial criaram oportunidades bem maiores para os seres humanos gozarem de uma existência segura e gratificante [...]*” (GUIDDENS, 2010, p. 16), entretanto, estas mesmas instituições geram riscos à vida humana, às suas relações sociais e ao ambiente em que vivemos.

A racionalização dos objetivos da gestão é a base a partir da qual as pesquisas em saúde deveriam ser (re) pensadas. É o que indica a análise das práticas de saúde pública realizada por Potvin et al. (2005), que procuram um percurso para que os programas superem sua redução a uma sequência hierárquica de procedimentos prescritos. Passa a ser prerrogativa dos programas a confluência de vários saberes de forma a iluminar determinado tema. Nesta mobilização dos atores locais na elaboração de soluções, processos democráticos, participativos e horizontais são condições primordiais. O atual desafio é o desenvolvimento de um suporte que estimule a reflexão sistemática das práticas envolvidas nos programas de mudança social. “*Para tanto, precisamos ir além dos parâmetros estabelecidos pelo discurso paradigmático*” (POTVIN, et al. 2005, p. 593).

Em última análise, a rede é o que as municipalidades são: fragmentação e despropósito, ou, por outro lado, integração sob uma visão sistêmica (definida democraticamente, é bom lembrar) garantindo direcionamento racional de suas políticas. Mesmo que a indeterminação, ambivalência e alienação das coletividades reverberem sobre políticas e programas, ainda assim, é necessário apontar os caminhos e ações possíveis diante dos problemas de saúde. As redes, assim como as cidades, devem estabelecer imagens-objetivo e, no interior deste processo, diretrizes e pré-definições em coletividade.

### **Comitê de especialistas: definição de *rationale* para a gestão tática**

A aproximação entre o Núcleo de Pesquisas e Extensão em Avaliação em Saúde (NEPAS) e a Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal (ATASB) da Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre permitiu a localização teórica das dimensões de uma

rede de atenção em comitê de especialistas realizado em abril de 2013. De acordo com o *rationale* definido em comitê, tal componente da rede “*provê soluções técnicas e regulamenta padrões de qualidade aos serviços prestados com a elaboração de projetos, programação das ações e definição de metas em consonância com o Plano Municipal de Saúde. A atuação deste componente da rede está diretamente ligada aos aspectos de estrutura física, tecnológica e arcabouço normativo que dão suporte aos serviços de saúde bucal*”. A coerência entre as ações da rede e as definições políticas depende de dimensão *Técnico Organizacional* enquanto “*sistema logístico que orienta e controla o acesso às tecnologias do cuidado e o fluxo dos usuários na rede*” (FERNANDES DA SILVA, 2011).

Três premissas foram estabelecidas para concepção teórica de um modelo para a gestão em saúde bucal municipal:

**(i) Transparência na incorporação tecnológica.** O nível tático da gestão deve selecionar programas, estratégias e recursos de maneira transparente com justificada relação custo-benefício. As decisões sobre a racionalidade econômica de determinada tecnologia devem ser transparentes em atenção à probidade da administração do bem público. A existência de editais criteriosos e estruturação prévia de protocolos demonstra a preocupação técnico-organizacional em direção ao dimensionamento adequado e suficiente com vistas à economia e equidade na utilização destes recursos.

**(ii) Responsividade de suporte técnico.** O nível tático da gestão deve dar suporte às equipes locais no enfrentamento dos problemas identificados em seu território. O estabelecimento de critérios de necessidade e parâmetros de acesso deve ser capaz de organizar o provimento dos serviços de saúde bucal de forma sensível à demanda de cada território, superando o modelo que opera a partir de sua própria oferta. O adequado diagnóstico das necessidades de saúde bucal no território municipal é imprescindível à



programação e estabelecimento de metas de acordo com a capacidade instalada de cada distrito sanitário.

**(iii) Sustentabilidade na integração.** O nível tático da gestão deve garantir que os objetivos dos níveis de atenção estejam alinhados para a integralidade do cuidado. A integração entre serviços com distintos níveis de complexidade é crucial para que o usuário receba a tecnologia certa no momento adequado. O sistema logístico e de apoio deve responder pela agilidade da troca de informações e o tempo de espera para que a integralidade seja alcançada e para que os agravos não sejam magnificados em todo território e para todos os usuários. A estruturação de um sistema informatizado de registro em todos os níveis da rede demonstra o avanço técnico de integração do sistema.

### **A experiência da rede municipal de Porto Alegre na constituição de colegiado gestor em saúde bucal e pactuação de diagrama organizacional**

No município de Porto Alegre, as Gerências Distritais são estruturas administrativas regionais e espaços de discussão de prática para atenção à saúde. Estão distribuídas na cidade em oito regiões: Centro; Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas; Norte-Eixo Baltazar; Leste-Nordeste; Glória-Cruzeiro-Cristal; Sul-Centro-Sul; Partenon-Lomba do Pinheiro e Restinga-Extremo Sul. Cada Gerência conta com equipes multidisciplinares responsáveis pelo gerenciamento, planejamento e condução dos processos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, em respeito à Programação Anual em Saúde.

A Coordenação Geral da Atenção Primária Serviços Especializados e Substitutivos (CGAPSES), realiza o suporte à rede por meio das Áreas Técnicas, entre elas, a Área Técnica de Atenção em Saúde Bucal. As estratégias de ação da CGAPSES e das

Gerências Distritais organizam-se em respeito à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB); Política Municipal de Saúde e metas pactuadas na Programação Anual em Saúde.

A gestão na Secretaria Municipal de Saúde busca a descentralização entre as Gerências Distritais, Coordenações de Serviços e Instâncias de Controle Social na perspectiva de que a rede de cuidado em saúde bucal tenha por princípios a transparência e coresponsabilização entre os atores de todos os níveis de decisão. A gestão colegiada em saúde bucal busca a interlocução com as diversas regiões da cidade por meio das reuniões quinzenais do colegiado composto pelos seguintes atores:

- *Equipe da Área Técnica de Atenção em Saúde Bucal;*
- *Dentistas Distritais;*
- *Representante dos Centros de Especialidades Odontológicas;*
- *Representante do Comitê de Educação Permanente em Odontologia;*
- *Representante dos Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal.*

Dentre as dimensões da rede descritas previamente em comitê de especialistas, a dimensão técnico-organizacional foi o suporte teórico para a constituição do colegiado de saúde bucal. Nesta definição foi pactuado estatuto interno, missão e modelo organizacional para o nível tático da rede de saúde bucal, conforme figura 4.

Figura 4: Modelo para diretrizes e estratégias do colegiado de saúde bucal.



### Sobre as características esperadas de uma rede integrada de atenção em saúde bucal

O Colegiado da Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem registrado em estatuto próprio o objetivo de: *“Deliberar sobre aspectos estratégicos, organizacionais e logísticos das ações em Saúde Bucal da CGAPSES-SMS e sobre o processo de trabalho nos serviços de atenção à saúde bucal, promovendo a socialização das informações e a participação do conjunto dos atores da rede de atenção à saúde bucal”*.

Um novo modelo de gestão, fundado pela integração dos atores e práticas, tem como perspectiva o direcionamento racional e transparente das políticas de mudança para a

integralidade da atenção. Entre os elementos elencados, cabe ressaltar os valores da rede que residem nas premissas que a constituem enquanto coletividade:

- (i) A horizontalidade das relações dos atores

Se o trabalho é transformação da natureza, cabe à gestão e à política criar as condições para que esta transformação-produção aconteça. Fundamental é apostar na sinergia entre as dimensões da rede e superar a dicotomia entre planejamento e execução das tarefas.

- (ii) A transparência das relações e contratos

A constituição das políticas públicas de saúde é a expressão dos consensos da coletividade em função do bem comum, não é coleção de interesses particulares. Do Sistema Único de Saúde, produto e expressão da democracia brasileira, é esperada a concretização deste anseio.

- (iii) A integração em direção à missão

A fragmentação instaurada nos programas de saúde é resquício de um modelo piramidal-vertical de gestão, da incorporação acrítica das tecnologias duras e da busca incessante por resultados, sem reformulação radical dos processos e estruturas do sistema vigente.

Utilizando-se mais uma vez da alegoria *rede/cidade-metrópole*, importam os valores tanto quanto os objetivos e estruturas. A debatida segmentação de políticas e ações é expressão de modelos de gestão incompatíveis com a dinâmica da rede, portanto, fragmentadores.

Os desafios de implantação das redes de atenção não podem ser analisados senão de forma sistêmica. Valores antidemocráticos evidenciam contradições internas e fazem os esforços de construção cair por terra. Uma vez fragmentadas, não atingem seus propósitos de direito à saúde e à vida dos seus usuários-cidadãos. Sem objetivos claros, expandem, vibram, mas não se movimentam, ou, na imagem poética de Walter Benjamin: *A cidade, em permanente movimento, cai em torpor. Torna-se frágil como o vidro, mas também transparente como o vidro em relação ao seu significado* (BENJAMIN, 2000, p. 18).

Referências do capítulo de livro

Kuschnir, R; Chorny, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva** v.15 n.5 Rio de Janeiro Aug. 2010

Carvalho, M. Cidade-metrópole. In: Alves, LR; Carvalho, M. **Cidades. Identidade e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2009. p.

Guiddens, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991. 177 p.

Potvin, L. et al. **Integrating Social Theory Into Public Health Practice**. Am J Public Health. 2005 April; 95(4): 591–595.

Fernandes da Silva, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil) **Ciênc saúde coletiva** 2011; 16 (6): 2753-762.

Benjamin, W. **A modernidade e os modernos**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000. 108 p.

Leitura complementar ao capítulo de livro

Brasil. **Diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS**. Brasília, 2004. Acesso em: 23 de set. 2012. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf).

Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública** 2010; 44(2): 360-365.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2011. 549 p.

Fleury S, Ouverney AM. Construindo uma tipologia para a identificação e análise da interdependência em rede. In: \_\_\_\_\_. **Gestão de redes. A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. p. 75-110.

APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa para coleta dos dados qualitativos e escala de Lickert

**Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal.** Objetivo: Pesquisa metodológica para o desenvolvimento de matriz avaliativa para rede integrada de atenção em saúde bucal.

UFSC CCS PPGO Pesquisadores: Doutorando Alex Elias Lamas; Orientadores: Dra. Maria Cristina Marino Calvo e Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas.

Entrevistado:  Data: Local:

**Considerando a subdimensão 1.1 Transparência das relações público-privadas:**

O nível estratégico de gestão deve garantir a relação público-privada coerente com políticas públicas. O provimento dos serviços de saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde deve ser feito preferencialmente por estrutura pública própria. A contratualização com entidades filantrópicas ou privadas, prevista constitucionalmente, deve ser complementar. Assim sendo, o crescente repasse financeiro direto ou isenção fiscal aos serviços privados ou filantrópicos para provimento de serviços básicos em Saúde Bucal transparece deficiência da governança e desregulamentação das relações estabelecidas entre o município e prestadores de serviços externos. A aprovação dos gastos públicos municipais subentende adequação na contratualização com os prestadores de serviço.

Sobre a afirmação:



***Existe aprovação prévia das contratualizações de serviços terceirizados de saúde bucal junto ao Conselho Municipal de Saúde.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância?

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado			

**Considerando a subdimensão 1.2 Responsividade para as definições estratégicas:**

A gestão deve estabelecer o direcionamento estratégico para conformação da rede de saúde bucal. A estrutura única de governança da rede deve dispor de sistema de planejamento estratégico, monitoramento e avaliação (que inclua a percepção do usuário), deliberando planos plurianuais, desenho, valores e missão para a rede como um todo. A capacidade de expressar consensos em planos, programações e metas pode ser medida pelo processo das reuniões periódicas e em produtos como o plano municipal e delineamento/comunicação da missão da rede.

Sobre a afirmação:

***Existem discussões no Conselho Municipal de Saúde para elaboração do plano municipal e da programação anual em saúde bucal.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância?

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

Comentário do entrevistado sobre a afirmação
--

Sobre a afirmação:

***Existe articulação prévia junto ao conselho que expressa a capacidade de diálogo da gestão municipal com o controle social do sistema.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância?

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

Quantitativo:

***Qual o número de conselhos distritais de saúde em Porto Alegre?***

***Qual o número de conselhos locais de saúde em Porto Alegre?***

**Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal.** Objetivo:

Pesquisa metodológica para o desenvolvimento de matriz avaliativa para rede integrada de atenção em saúde bucal.

UFSC CCS PPGO Pesquisadores: Doutorando Alex Elias Lamas; Orientadores: Dra. Maria Cristina Marino Calvo e Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas.

Entrevistado: Coordenadoria Geral de Regulação de Serviços de Saúde Data: Local:

***Considerando a subdimensão 1.1 Transparência das relações público-privadas***

O nível estratégico de gestão deve garantir a relação público-privada coerente com políticas públicas. O provimento dos serviços de saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde deve ser feito preferencialmente por estrutura pública própria. A contratualização com entidades filantrópicas ou privadas, prevista constitucionalmente, deve ser complementar. Assim sendo, o crescente repasse financeiro direto ou isenção fiscal aos serviços privados ou filantrópicos para provimento de serviços básicos em Saúde Bucal transparece deficiência da governança e desregulamentação das relações estabelecidas entre o município e prestadores de serviços externos. A aprovação dos gastos públicos municipais subentende adequação na contratualização com os prestadores de serviço.

Sobre a afirmação:

***Existe sistema publicizado de pagamento e produção de serviços de saúde bucal contratado.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

***Considerando a subdimensão 2.3 Sustentabilidade na integração:***

O nível tático da gestão deve garantir que os objetivos dos níveis de atenção estejam alinhados para a integralidade do cuidado. A integração entre serviços com distintos níveis de complexidade é crucial para que o usuário receba a tecnologia certa no momento adequado. O sistema logístico e de apoio deve responder pela agilidade da troca de informações e o tempo de espera para que a integralidade seja alcançada e para que os agravos não sejam magnificados em todo território e para todos os usuários. A estruturação de um sistema informatizado de registro em todos os níveis da rede demonstra o avanço técnico de integração do sistema.

Sobre a afirmação:

***Existe estabelecimento de fluxos de referência e contra referência dos usuários e informações de saúde.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

UFSC CCS PPGO

Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal

Pesquisadores: Doutorando Alex Elias Lamas; Orientadores: Dra. Maria Cristina Marino Calvo e Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

Objetivo: Pesquisa metodológica para o desenvolvimento de matriz avaliativa para rede integrada de atenção em saúde bucal.

Entrevistado: Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária Data:            Local:

**Sobre a subdimensão 2.2 Responsividade de suporte técnico:**

O nível tático da gestão deve dar suporte às equipes locais no enfrentamento dos problemas identificados em seu território. O estabelecimento de critérios de necessidade e parâmetros de acesso deve ser capaz de organizar o provimento dos serviços de saúde bucal de forma sensível à demanda de cada território, superando o modelo que opera a partir de sua própria oferta. O adequado diagnóstico das necessidades de saúde bucal no território municipal é imprescindível à programação e estabelecimento de metas de acordo com a capacidade instalada de cada distrito sanitário.

Sobre a afirmação:

***Existe suporte técnico ao levantamento epidemiológico e territorialização pelas unidades básicas.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

Sobre a afirmação:

*As unidades recebem relatórios sobre a fluoretação de águas de abastecimentos.*

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

Quantitativo: **Número de unidades que receberam relatórios sobre a fluoretação de águas de abastecimentos:**

UFSC CCS PPGO

Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal

Pesquisadores: Doutorando Alex Elias Lamas; Orientadores: Dra. Maria Cristina Marino Calvo e Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

Objetivo: Pesquisa metodológica para o desenvolvimento de matriz avaliativa para rede integrada de atenção em saúde bucal.

Entrevistado: Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde, Serviços Ambulatoriais e

Substitutivos e Área Técnica de Saúde Bucal Data:            Local:

**Considerando a subdimensão 2.1 Transparência na incorporação tecnológica:**

O nível tático da gestão deve selecionar programas, estratégias e recursos de maneira transparente com justificada relação custo-benefício. As decisões sobre a racionalidade econômica de determinada tecnologia devem ser transparentes em atenção à probidade da administração do bem público. A existência de editais criteriosos e estruturação prévia de protocolos demonstra a preocupação técnico-organizacional em direção ao dimensionamento adequado e suficiente com vistas à economia e equidade na utilização destes recursos.

Sobre a afirmação:

***Existe sistema de pregão eletrônico e padronização de marcas pré-aprovadas para compra de insumos odontológicos.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

--

Sobre a afirmação:

***Existem protocolos clínicos e assistenciais na atenção odontológica.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

***Sobre a dimensão 2.2 Responsividade de suporte técnico:***

O nível tático da gestão deve dar suporte às equipes locais no enfrentamento dos problemas identificados em seu território. O estabelecimento de critérios de necessidade e parâmetros de acesso deve ser capaz de organizar o provimento dos serviços de saúde bucal de forma sensível à demanda de cada território, superando o modelo que opera a partir de sua própria oferta. O adequado diagnóstico das necessidades de saúde bucal no território municipal é imprescindível à programação e estabelecimento de metas de acordo com a capacidade instalada de cada distrito sanitário.

Sobre a afirmação:

***É realizada educação permanente para execução de levantamento epidemiológico.***

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente



Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

UFSC CCS PPGO

Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal

Pesquisadores: Doutorando Alex Elias Lamas; Orientadores: Dra. Maria Cristina Marino Calvo e Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

Objetivo: Pesquisa metodológica para o desenvolvimento de matriz avaliativa para rede integrada de atenção em saúde bucal.

Entrevistado: Coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas Data: Local:

3.2 Responsividade quanto à resolubilidade: O nível operacional deve identificar a tecnologia adequada para resolução das situações clínicas detectadas, com conhecimento atualizado e oportuno. A dimensão operacional deve utilizar protocolos ou evidências científicas, pois esta competência interfere diretamente na resolubilidade. O uso de tecnologias adequadas contribui para a diminuição de filas de espera, marcação de exames e número de consultas especializadas. Os profissionais da rede são responsáveis por garantir que os encaminhamentos para outros níveis de atenção sejam apropriados e oportunos.

Sobre a afirmação:

*Existe um quantitativo de condições sensíveis às intervenções da atenção básica encaminhadas ao CEO. A conduta para estes casos é de contrarreferência à básica com orientações matriciais sobre melhores práticas e condutas.*

*Na rede de atenção de Porto Alegre a relação entre número de contrarreferência destes casos em relação ao número total de encaminhamentos aos CEO é aceitável e não interfere na capacidade de atendimento dos CEO.*

Assinale abaixo qual o seu nível de concordância.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Comentário do entrevistado sobre a afirmação			

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente projeto - Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal – pretende institucionalizar metodologias de avaliação como tecnologias de gestão do cuidado em saúde bucal.

O objetivo principal é o desenvolvimento de modelo de avaliação dentro do Sistema Único de Saúde. Está prevista para a pesquisa a construção participativa de matriz avaliativa - adequada à especificidade local - e a subsequente aplicação em município de grande porte da região sul do país.

Para tanto, *serão enviados formulários eletrônicos* em três rodadas aos gestores, trabalhadores, técnicos, usuários e especialistas para a construção, validação e aplicação do modelo, utilizando-se de técnicas de consenso, no segundo semestre de 2012. Esta metodologia *elenca as atribuições mais importantes entre os atores da rede de saúde bucal* municipal para elaboração de indicadores de avaliação específicos.

Está assegurada a privacidade dos participantes, inclusive na divulgação das conclusões da pesquisa. A pesquisa não implica em riscos ou prejuízos pessoais. Existe a liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento, bastando para tanto informar os pesquisadores.

Para qualquer dúvida antes ou durante a pesquisa contatar o Doutorando Alex Elias Lamas pelo telefone (51) 82834144 ou por e-mail: alex.lamas@sms.prefpoa.com.br. [Comitê de Ética em Pesquisa SMS POA: (51) 32895517 ou por e-mail: cep\_sms@hotmail.com].

Eu, \_\_\_\_\_, RG (\_\_\_\_\_);  
compreendi a proposta e pretendo participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Assinatura e data.

## ANEXOS

### ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal

**Pesquisador:** Maria Cristina Marino Calvo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 01496712.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

##### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** Reenvio de justificativa

**Justificativa:** Por solicitação do CEP a resposta inicial ocorreu por email - cep\_sms@hotmail.com -

**Data do Envio:** 24/08/2012

**Situação da Notificação:** Aguardando revisão do parecer do colegiado

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 118.893

**Data da Relatoria:** 08/10/2012

##### Apresentação da Notificação:

O presente Parecer atende a uma Notificação através de um Parecer Consubstanciado emitido em 12/06/2012 pelo CEP da Instituição Coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/ SMSPA). O Parecer do CEP da UFSC havia aprovado o Parecer do Relator na reunião do dia 28/05/2012 após análise da resposta à pendência: substituição do documento da Instituição Participante (cuja identificação originalmente estava ilegível), o que foi efetivamente solucionado.

Trata de um projeto (CAAE: 01496712.5.0000.0121) da Pesquisadora Maria Cristina Marino Calvo, intitulado: Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal, tendo como instituição proponente a Universidade Federal de Santa Catarina.

O estudo proposto é objeto de uma tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, a ser realizado em Porto Alegre, na Secretaria Municipal de Saúde e propõe

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



desenvolver instrumentos de captação e/ou intervenção da realidade, com o estabelecimento e identificação de caminhos e procedimentos para medições posteriores. Tem características de pesquisa metodológica. A aplicação do modelo avaliativo ocorrerá em avaliação participativa para a gestão das redes municipais de saúde bucal.

No dia 30 de julho de 2012, o proponente enviou as respostas (justificativa) ao CEP da Instituição Coparticipante. e o reenvio da justificativa ao CEP da UFSC ocorreu em 24/08/2012.

**Objetivo da Notificação:**

A notificação se deu a partir dos seguintes questionamentos e considerações do CEP-SMS, constantes no Parecer 62200 (relatoria de 12/06/2012), transcritos textualmente:

"

- 1) O pesquisador não descreve as unidades de saúde que serão estudadas. Solicita-se informar.
- 2) Não estão explicitados os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa, em cada uma das categorias propostas. Solicita-se adequação.
- 3) É citada a realização de um encontro com os entrevistados para aplicação da metodologia Delphi. No entanto, não há nenhuma descrição de local, duração e profissional responsável pela realização do mesmo. Solicita-se adequação.
- 4) O TCLE não informa o que o entrevistado deverá realizar, se é uma entrevista ou uma reunião com o pesquisador. Solicita-se adequação do TCLE com todas as informações do que será solicitado ao sujeito de pesquisa.
- 5) O TCLE não traz informações de contato com o pesquisador e com o CEP responsável. Solicita-se adequação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

CEP UFSC:

A pesquisa não implicará em riscos ou prejuízos pessoais aos participantes.

CEP SMSPoa:

O envio recorrente de questionários on-line demanda tempos dos respondentes, gerando eventual desconforto aos participantes.

Os dados gerados pela pesquisa poderão apoiar a tomada de decisão no âmbito da gestão e do processo de trabalho.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

**CEP UFSC:**

O projeto submetido analisará as contribuições das metodologias avaliativas para as políticas públicas saúde com o objetivo de acessar a complexidade das Redes Integradas de Atenção em Saúde Bucal institucionalizar instrumentos de avaliação para a gestão municipal.

Tal estudo descreverá iniciativas que analisem os níveis de atenção em saúde bucal e propõe a construção um modelo de avaliação a ser aplicado na rede de município de grande porte. Para tanto, a pesquisa metodológica deverá resultar em um modelo teórico-lógico com os componentes políticos, gerenciais praticas da rede de atenção, desenvolvida com técnicas participativas que a caracterizam como uma avaliação de quinta geração.

O projeto deverá, portanto, contar com o apoio de grupos de interesse, como sujeitos participantes, quais, usuários e trabalhadores do sistema, bem como, com a contribuição de especialistas na área de e/ou gestão em saúde bucal durante a construção do instrumento. Esse modelo será traduzido em indicadores que componham uma matriz avaliativa do objeto de pesquisa intitulado/a: Rede Integrada de Atenção Bucal.

O proponente destaca que nos anos de 2008 e 2009 foi aplicada metodologia para avaliação da gestão provimento da saúde bucal. Os resultados apontaram para a necessidade de desenvolvimento de indicadores para os diferentes portes municipais e para a deficiência de dados em saúde bucal nos sistemas de informação disponíveis, sendo que o projeto em questão foi proposto a partir dessas constatações.

No desenho do modelo teórico-lógico, além de uma pesquisa documental o projeto prevê o envio de questionários abertos via Formulário - SUS para gestores, coordenadores e conselheiros de saúde.

**CEP SMSPoA:**

O projeto não informa sobre os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa. A metodologia não descreve como serão realizados os contatos com os profissionais e quais as unidades de saúde que serão selecionadas.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

CEP UFSC:

Constam em anexo os seguintes documentos:

- (1) folha de rosto;
- (2) declaração de compromisso da instituição (declaração de responsável);
- (3) projeto de pesquisa estruturado (projeto de tese/doutorado) que inclui adequada descrição da metodologia e indicação da participação dos sujeitos nas diferentes etapas, bem como, definição de instrumentos de coleta de dados e orçamento. Neste último item, é referida a fonte dos recursos financeiros (custeio e capital totalizando R\$ 10.468,40) como sendo a CAPES (Bolsa de Doutorado) e o próprio pesquisador. O cronograma descreve as atividades no período total de janeiro de 2011 a dezembro de 2013, sendo que a distribuição de formulários eletrônicos para fins de consulta aos participantes do estudo ocorrerá no período de maio a dezembro de 2012;
- (4) Relatório da pesquisa;
- (5) modelo de TCLE.

CEP SMSPoA:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado não esclarece sobre como será a participação do sujeito na pesquisa. Não está informado o nome e contato do pesquisador nem o Comitê de Ética em Pesquisa responsável.

**Recomendações:**

Segundo ambos, CEP UFSC e CEP SMSPoA:

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

CEP UFSC:

O documento Declaração de compromisso da instituição co-participante cujos dados do signatário estavam ilegíveis, foram substituídos por uma versão adequada, seguindo a recomendação da relatoria.

CEP SMSPoA:

Pendências:

- 1) O pesquisador não descreve as unidades de saúde que serão estudadas. Solicita-se informar.
- 2) Não estão explicitados os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa, em cada uma das categorias propostas. Solicita-se adequação.
- 3) É citada a realização de um encontro com os entrevistados para aplicação da metodologia

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Delphi. No entanto, não há nenhuma descrição de local, duração e profissional responsável pela realização do mesmo.

Solicita-se adequação.

1) O TCLE não informa o que o entrevistado deverá realizar, se é uma entrevista ou uma reunião com o pesquisador. Solicita-se adequação do TCLE com todas as informações do que será solicitado ao sujeito de pesquisa.

5) O TCLE não traz informações de contato com o pesquisador e com o CEP responsável. Solicita-se adequação.

Ao contrário da posição do CEP da UFSC, o CEP do SMS de Porto Alegre não aprovou o Parecer, devido aos diversos motivos explicitados no respectivo Parecer Consubstanciado.

Por outro lado, segundo a visão do atual Relator (CEP UFSC), o motivo da não-aprovação da proposta pela Instituição Coparticipante (SMSPoA) resultou da falta (inicialmente) de informação no âmbito da documentação submetida ao CEP e, principalmente, por não concordar (enquanto Instituição Coparticipante e sede de parte da pesquisa), com parte dos procedimentos e metodologias inerentes ao projeto.

Isto posto, a Relatoria aprova o Projeto, por considerar:

(1) que diversos aspectos levantados pelo CEP da SMS PoA estavam devidamente contemplados por meio da fundamentação teórica e da metodologia presentes no Projeto de tese estruturado que instrui a proposta (Projeto);

(2) e que foram devidamente contemplados pelo pesquisador em sua justificativa (resposta às pendências) as readequações no TCLE, assim como as demais informações e esclarecimentos, introduzidos por solicitação do CEP SMS PoA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Parecer foi colocado em discussão e acatado no Colegiado em 08/10/12.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

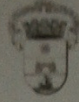
**Município:** FLORIANOPOLES

**Telefone:** (48)3721-0206

**Fax:** (48)3721-9696

**E mail:** cop@reitoria.ufsc.br

## ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da PMPA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Maria Cristina Marino Calvo  
**Registro no CEP:** 841 (Plataforma Brasil) **CAAE:** 01496712.5.0000.0121  
**Instituição proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

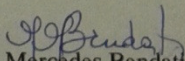
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N° 001.026903.12.1 referente ao projeto de pesquisa “**Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal**”.

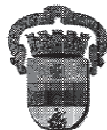
De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 9 de outubro de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 24/10/2012.

  
Maria Mercedes Benda  
Coordenadora do CEP

**ANEXO C - Declaração do Responsável pela Instituição**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

**DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Porto Alegre, 6/3/12

Dra. Christiane N. de Freitas  
Coordenadora de Atenção Primária-SUBS  
Matr. Oral: 42198-01

ASSINATURA

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL