

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

AUGUSTO BIDINOTTO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOB A VISÃO DO PROFISSIONAL COM ÊNFASE
NO ACESSO E COORDENAÇÃO: UM ESTUDO
PRELIMINAR

Porto Alegre

2012

AUGUSTO BACELO BIDINOTTO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A VISÃO DO
PROFISSIONAL COM ÊNFASE NO ACESSO E COORDENAÇÃO: UM ESTUDO
PRELIMINAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista

Orientadora: Prof^a Dr^a Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre

2012

CIP- Catalogação na Publicação

Bidinotto, Augusto

Avaliação da atenção primária à saúde sob a visão do profissional com ênfase no acesso e coordenação : um estudo preliminar / Augusto Bidinotto. – 2012.

38 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert

1. Avaliação de desempenho. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde bucal. 5. Saúde da família I. Hilgert, Juliana Balbinot. II. Título.

Aos meus pais, Marcos e Graciela, pelo exemplo e pela força.

À Nicole, pela parceria, apoio, paciência e horas de sono perdidas.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Juliana Balbinot Hilgert, pelos dois anos em que me orientou com carinho e paciência, encontrando tempo para me ensinar até com a Mariana no colo.

Ao doutorando Otávio Pereira D'ávila, por gentilmente ceder os resultados preliminares de sua tese, pela amizade, pelo apoio e pela inspiração.

Ao Professor Doutor Fernando Neves Hugo, por despertar meu interesse para a área da saúde coletiva, no agora distante sexto semestre.

Aos meus pais, Marcos e Graciela. É por sua causa que me direcionei para a odontologia, e pela força que me deram nesses vinte e dois anos que consegui chegar onde cheguei.

À minha irmã, Gabrielle, pela convivência e pelos tantos “galhos quebrados”.

À Nicole, que além do amor, me ofereceu apoio incondicional, perdeu horas de sono comigo, ajudou a me organizar e a formatar o trabalho.

Ao pessoal do Centro de Pesquisas em Odontologia Social. A convivência foi curta, mas prazerosa.

À Karla, que me disponibilizou importante bibliografia.

Aos meus colegas, pela amizade que já deixa saudades.

À toda a minha família, pela torcida.

À todos que, de qualquer forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

“De cada um, de acordo com as suas habilidades, a cada um, de acordo com as suas necessidades.”

Karl Marx

RESUMO

BIDINOTTO, Augusto Bachelo. **Avaliação da atenção primária à saúde sob a visão do profissional com ênfase no acesso e coordenação**: um estudo preliminar. 2012. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Avaliar a inserção e a qualidade da saúde bucal em APS no Brasil sob a perspectiva do profissional é fundamental na conceitualização do serviço prestado, justamente porque são esses os responsáveis pela produção do cuidado. O presente estudo teve como objetivo a avaliação da atenção primária à saúde por meio da validação do instrumento PCAtool, com ênfase nos atributos de acesso e coordenação, através de resultados preliminares. Foi realizada aplicação de questionário com variáveis de sexo, regime de contratação e instituição e data de graduação, e do instrumento PCAtool profissional, versão saúde bucal. A amostra do estudo consistiu em cirurgiões-dentistas matriculados no curso de especialização em saúde da família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, vinculada à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. A população do estudo constituiu de 29. Ela foi caracterizada por uma maioria de mulheres (75,9%), contratadas sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (54,5%), inseridas na Estratégia de Saúde da Família (95,5%). O atributo acesso recebeu pontuações amplamente inferiores ($3,9 \pm 0,854$) aos outros atributos, enquanto que o atributo coordenação recebeu escores altos nos seus dois atributos, integração de cuidados ($7,1 \pm 1,433$) e sistemas de informação ($8,4 \pm 1,804$). A pontuação do atributo coordenação vai ao encontro de outros estudos, e seus altos escores podem estar relacionados ao fato de que é medido o modo com a APS se relaciona com outros serviços. O atributo acesso provavelmente obteve escores baixos devido a herança de um modelo excludente, além de mudanças sociais e econômicas a que o país e o sistema experimentaram nas últimas duas décadas.

Palavras chave: Avaliação de Desempenho. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária a Saúde. Saúde Bucal. Saúde da Família.

ABSTRACT

BIDINOTTO, Augusto Baceo. **Evaluation of primary care through the sight of the practitioner with emphasis in access and coordination:** a preliminary study. 2012. 38f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

It is fundamental to evaluate the insertion and quality of oral health in Primary Health Care in Brazil, through the sight of the practitioner, in order to conceptualize the care given, precisely because these are the responsible for the actual care production. The present study's objective was to evaluate primary health care through the validation of the PCAtool instrument, stressing the access and coordination attributes, through preliminary results. A questionnaire with variables concerning sex, hiring regime and under-graduation year and institution, and the PCAtool oral health, practitioner version instrument was applied. The current study sample consisted dentists registered in specialization course on family healthcare ministered in the Open University of the Unified Health System, attached to the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre. The study population consisted of 29 dentists. The population was characterized by a majority of women (75,9%), hired under the CLT regime (54,5%), inserted in the Family Health Strategy (95,5%). The access attribute scored far less than the other attributes evaluated ($3,9 \pm 0,854$), while both coordination, integrating care and information systems received the high scores of ($7,1 \pm 1,433$) and ($8,4 \pm 1,804$), respectively. The scoring of the coordination attributes meets the findings of other studies, and the high scores may be related do the fact that it measures the way the Primary Health Care relates to other services. The access attribute probably received low scores because of the heritage of an excluding organizational model, in addition to social and economic change experienced by the country and the health system in the last two decades.

Keywords: Employee Performance Appraisal. Family Health. Health Services. Accessibility. Oral Health. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra, por sexo	29
Tabela 2 – Formação acadêmica, por ano de graduação	30
Tabela 3 – Formação acadêmica, por universidade.	30
Tabela 4 – Escores de atributos, escores essencial e geral, por sexo	30
Tabela 5 – Escores de atributos, escores essencial e geral, por regime empregatício	30

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UnA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	12
2.1.1	Acesso e Atenção ao Primeiro Contato.....	14
2.1.2	Coordenação	15
2.2	A APS NO BRASIL.....	16
2.3	A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA APS NO BRASIL.....	18
2.4	AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	21
2.5	PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL	23
3	METODOLOGIA.....	25
3.1	DELINEAMENTO.....	25
3.2	AMOSTRA.....	25
3.3	DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO	25
3.4	COLETA DE DADOS	26
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4	RESULTADOS.....	28
5	DISCUSSÃO	31
6	CONCLUSÃO.....	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária em Saúde foi normatizado em 1978, na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, hoje Almaty, no Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. O consenso atingido naquela ocasião foi publicado como Declaração de Alma-Ata, e registra que atenção primária em saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, ao alcance universal do indivíduo e da família na comunidade, através de sua plena participação e a um custo com que a comunidade e o país possam arcar em todas as fases de seu desenvolvimento, no espírito da auto-confiança e auto-determinação. A atenção primária em saúde é parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual deve ser função e foco principal, e do desenvolvimento socio-econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato do indivíduo, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde, levando o cuidado o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo de cuidados em saúde continuado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Alternativamente, é possível definir Atenção Primária em Saúde (APS) como um conjunto de valores, direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade. Um conjunto de princípios, responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social. E como um conjunto indissociável de elementos estruturantes atributos do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

São atributos essenciais da atenção primária à saúde, segundo Starfield (1992), o acesso, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado e a orientação (familiar, comunitária e cultural). Portanto, define-se que uma 'porta de entrada facilitada para o usuário, cuidado integrado, contínuo e coordenado e tendo como aspecto fundamental características das famílias que vivem no local, as necessidades da própria comunidade e os aspectos culturais de cada população são características essenciais para um serviço de saúde centrado em atenção primária de qualidade (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 1990, com a nova Constituição, a influência das Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde e da realidade política e sanitária do país, cria-se um novo arranjo na Saúde Pública (CONILL, 2008). O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado deste cenário, estabelece como princípios de saúde a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade (BRASIL, 1990). A partir desse momento, a APS se consolida como o

ponto preferencial para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje reconhecido como elemento estratégico na reorientação do modelo de saúde no país, que passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (CONILL, 2008).

A saúde bucal está incluída no modelo de organização da APS no Brasil, ainda que a formação das equipes de saúde bucal no PSF tenha ocorrido tardiamente à sua criação, sendo somente regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 267, de 6 de março de 2001. A inclusão da odontologia no PSF contribui para a construção de um modelo de atenção que melhore efetivamente as condições de vida dos brasileiros (NICKEL et al., 2008). A incorporação de equipes de saúde bucal na ESF cresceu muito no país nos últimos anos, passando de 8.900 equipes em 2004 para 18.982 em 2009 e 20.495 equipes em 2011 (BRASIL, 2011). Dessa forma, cria-se um importante espaço para a reorientação de práticas, processos de trabalho e para a própria atuação de saúde bucal (BRASIL, 2006a).

O sistema de atendimento utilizado no PSF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção. A utilização de recursos epidemiológicos é ferramenta importante no planejamento de serviços segundo critérios de risco. Com isso, objetiva-se aumentar o acesso a ações e serviços em saúde bucal, bem como garantir a integralidade do cuidado. Essa atitude representa um esforço às críticas feitas ao modelo tradicional de atenção em saúde bucal prestado pela atenção primária do país que se caracteriza por um evidente fracasso na execução de um modelo centrado nos princípios do SUS (NICKEL et al., 2008)

Devido a presente escassez de instrumentos para medir a qualidade dos atributos da APS, no contexto brasileiro, o Primary Care Assessment Tool (PCAtool), Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, na sua versão já validada no país, representa uma importante ferramenta de avaliação de estrutura, processo trabalho e integralidade do cuidado. Assim, oferece importante parâmetro de avaliação e contribuição para evolução da qualidade da atenção prestada em nível primário no país. Avaliar a inserção e a qualidade da saúde bucal em APS no Brasil sob a perspectiva do profissional é fundamental na conceitualização do serviço prestado, justamente porque são esses os responsáveis pela produção do cuidado.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo a avaliação da atenção primária à saúde por meio da validação do instrumento PCAtool, com ênfase nos atributos de acesso e coordenação, através de resultados preliminares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão abrangerá conceitos sobre a atenção primária à saúde, o histórico da APS no Brasil, o histórico da saúde bucal no contexto da APS no Brasil, a avaliação de sistemas de saúde e o instrumento PCAtool.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os Cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária à saúde”. O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979 (STARFIELD, 1992)

Como postulado em Alma Ata, a atenção primária à saúde foi definida como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, ao alcance universal do indivíduo e da família na comunidade, através de sua plena participação e a um custo com que a comunidade e o país possam arcar em todas as fases de seu desenvolvimento, no espírito da autoconfiança e autodeterminação. A atenção primária em saúde é parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual deve ser função e foco principal, e do desenvolvimento socio-econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato do indivíduo, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde, levando o cuidado o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo de cuidados em saúde continuado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978)

Em Alma Ata, especificaram-se ainda os componentes fundamentais da atenção primária à saúde, que eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 1992)

Desde essa extensa definição, alguns autores conceituaram a atenção primária à saúde de forma mais concisa, permitindo uma caracterização mais fácil e precisa dos serviços, e viabilizando a investigação com o objetivo de medir a efetividade da APS e sua relação com o estado de saúde da população, posto que em muitas partes do mundo, a atenção primária à

saúde foi adotada pela 'fé', sem respaldo de evidência até recentemente (HARZHEIM et al., 2004, STARFIELD, 1992).

Desse modo, em 1992, Starfield vai ao encontro de outros autores (INSTITUTE OF MEDICINE, 1978) e propõe como atributos essenciais da APS o acesso do usuário ao primeiro contato com o serviço e coordenação, que serão discutidos criteriosamente no decorrer da revisão; a longitudinalidade e a integralidade. Desses quatro atributos, chamados essenciais, são derivados mais três; a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso continuado. Consiste, ao longo do tempo, em uma relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e família. O vínculo da população com sua fonte de atenção deve se traduzir em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006c).

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. O leque de serviços oferecidos para os usuários deve contemplar uma atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010).

A orientação familiar resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes e quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar. Ela remete ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como do reconhecimento da família como espaço singular, tanto para o cuidado como, também, de ameaça à saúde. (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2010)

A orientação comunitária resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades requer o conhecimento do contexto social, através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010).

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou

outras características culturais especiais. Portanto, o provedor de serviço deve se adaptar a essas particularidades da comunidade para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

2.1.1 Acesso e Atenção ao Primeiro Contato

Historicamente, o acesso e acessibilidade têm sido conceituados de diversas maneiras, muitas vezes ambíguas entre si. Em 1973, Donabedian distinguia acesso socioorganizacional e acesso geográfico como conceitos distintos, sendo que o primeiro engendra características ou recursos que atrapalham ou facilitam os esforços do usuário para chegar ao atendimento. A exigência de um pagamento prévio ao recebimento do serviço é um exemplo de barreira que pode prejudicar o acesso à atenção. O segundo, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter o serviço.

Posteriormente, foi proposto que o acesso se refere à responsabilidade do provedor de serviços de prestar auxílio ao paciente, ou paciente em potencial, para superar barreiras espaciais, temporais, econômicas e psicológicas que o impeçam de receber cuidado. (INSTITUTE OF MEDICINE, 1978)

Em 1993, Millmann o definiu como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”. No entanto, esse conceito é criticado por Starfield (2004), que sugere que “como a efetividade da maioria dos serviços de saúde específicos é desconhecida, tal definição não tem utilidade”. A autora vai além, e propõe que acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, é um aspecto estrutural do sistema ou unidade de saúde e é fundamental para que seja atingida a atenção ao primeiro contato. Já acesso é como a pessoa experimenta essa característica do seu serviço de saúde.

Para Donaldson (1996) acessibilidade se refere à facilidade do paciente para iniciar uma interação com um clínico para qualquer problema. Inclui esforços para eliminar barreiras impostas pela geografia, administração, financiamento, cultura ou linguagem. Acessibilidade também é utilizada para se referir a capacidade de obter cuidado da população, sendo que determinar o nível de acessibilidade atingido é um julgamento baseado nas necessidades e expectativas da comunidade, além de sua experiência na obtenção do cuidado que desejam.

Em 2004, Starfield definiu que acessibilidade envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade. No entanto, atenção ao primeiro contato implica, além da acessibilidade, o uso do serviço a cada novo problema ou novo

episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).

As definições mais recentes do Ministério da Saúde sobre acesso e atenção ao primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. É a acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras para a obtenção do serviço. O Ministério da Saúde discrimina dois componentes no termo acesso, sendo o acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado e o acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso (BRASIL, 2006c, 2010, 2011).

A utilização de um serviço de APS como o primeiro recurso de saúde por uma determinada população traz como vantagens a redução do número de hospitalizações, do tempo de permanência no hospital quando ocorre hospitalização, do número de cirurgias, do uso de especialistas em doenças, do número de consultas para um mesmo problema e número de exames complementares, além disso, aumentam o número de ações preventivas, da adequação do cuidado, da qualidade do serviço prestado e a oportunidade da atenção (maior chance que ocorra no tempo certo). Além disso, as equipes de saúde, especialistas em APS, lidam melhor com problemas de saúde em estágios iniciais, utilizando a adequada abordagem: ver, esperar e acompanhar em contraposição aos especialistas em doenças que, acostumados a ver problemas em fases mais adiantadas, solicitam mais exames complementares e realizam mais procedimentos (BRASIL, 2011).

2.1.2 Coordenação

É atribuição do profissional em atenção primária, segundo o Institute of Medicine (1977) coordenar o cuidado do paciente, incluindo o cuidado gerado por especialistas. É sua função ser uma espécie de ombudsman entre o paciente e outros provedores de serviços, referenciando para atendimento especializado, disponibilizando informações pertinentes ao usuário, se comunicando com esses especialistas, além de explicar o diagnóstico e o tratamento ao paciente. Adicionalmente, o profissional em atenção primária gere o cuidado do paciente de acordo com suas capacidades financeiras e desejos pessoais, o que implica no

entendimento da família do paciente, suas preferências e modo de vida, além de sua realidade financeira, ocupacional e ambiental.

Segundo o entendimento de Starfield (2004), a essência do atributo coordenação é “a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”.

A coordenação da atenção pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Além disso a unidade de APS, deve ser capaz de reconhecer problemas abordados em outros serviços, e integrar todo o cuidado recebido pelo usuário (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010).

2.2 A APS NO BRASIL

No final da década de 1970, com os indicadores de saúde piorando assustadoramente e com um modelo excludente, centrado na compra de serviços do setor privado, profissionais da saúde e intelectuais da área de saúde coletiva se articulavam na luta por políticas mais universalistas. Em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, é discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde, sendo que nessa proposta já há menção a um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado. Embora inicialmente ignoradas pelo governo, as pressões populares e do movimento sanitário geram algumas mudanças significativas no sistema, em particular no campo da extensão de cobertura e da atenção primária, resultado da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata. Com a previdência enfrentando problemas de caixa oriundos de uma política que estimulava a corrupção, não havia capacidade de lidar com as demandas geradas, e o regime autoritário buscava formas de legitimação diante da insatisfação popular (RONCALLI, 2003).

Nesse panorama, na VIII Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, foram lançados os princípios da Reforma Sanitária. Foi discutido a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação insitucional e a natureza do novo sistema de saúde, com a manutenção da proposta de fortalecimento e expansão do setor público. Foi aprovada a criação de um sistema único de saúde, que se constituísse num novo arcabouço institucional com separação total da saúde em relação à previdência. Assim, em 1987 criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (LIMA et al., 2005).

Em 1988, com o país em franca redemocratização, reuniu-se a Assembléia Constituinte, que incorporou boa parte das propostas da oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde. Na atual Carta Magna, que ficou conhecida como Constituição-Cidadã, está incluída, no capítulo da seguridade social, no artigo 198, a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como os moldes das diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. (RONCALLI, 2003).

Em agosto de 1990, após considerável atraso, foi regulamentado o artigo 198 da Constituição, através da aprovação da primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, a lei 8.080, que foi profundamente mutilada pelos vetos presidenciais, principalmente no que diz respeito ao financiamento e controle social. Após negociações, uma nova lei, a 8.142, de dezembro do mesmo ano, recuperou alguns dos vetos, e atualmente, a Lei Orgânica da Saúde é formada pelo conjunto das leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 2006b; RONCALLI, 2003).

Os problemas sistêmicos da economia do Brasil no início da década de 90, enfrentados através do receituário neoliberal do Fundo Monetário Internacional (FMI) contribuem para o subfinanciamento do recém implantado Sistema Único de Saúde (SUS) e para a chamada “crise do modelo assistencial” (BRASIL, 2009).

O esforço brasileiro de superação da crise do modelo assistencial e de retomada dos princípios do SUS e da APS passa a se concretizar a partir de 1994, com a implantação progressiva do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse modelo foi precedido pelo Programa de Agentes de Saúde (PAS), implementado no Ceará em 1987 e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implementado em 1991, que introduz o cuidado focado na família, e não no indivíduo, além de noções de cobertura (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF, através da estratégia de saúde da família, reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Sua base operacional é a Unidade de Saúde da Família, que tem como princípios o caráter substitutivo, não criando novas estruturas de serviço, exceto em áreas desprovidas, mas sim substituindo as práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho cujo eixo está na vigilância à saúde (RONCALLI, 2003).

Outro princípio fundamental é o da integralidade e hierarquização, que preconiza que a Unidade de Saúde da Família se encontra no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, devendo estar vinculada à rede de serviços que garanta atendimento integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema (RONCALLI, 2003).

A territorialização e adscrição da clientela são características fundamentais às bases operacionais da ESF, que trabalha com suas unidades com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita à sua área. Recomenda-se que uma equipe de saúde da família seja responsável pelo acompanhamento de no máximo 4500 pessoas (RONCALLI, 2003).

Derradeiramente, a estratégia é voltada para o estabelecimento de equipes multiprofissionais, compostas minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo que o número de agentes comunitários de saúde (ACS) é vinculado ao número de pessoas sob responsabilidade da equipe, na proporção de 1 agente para cada 550 pessoas adscritas (RONCALLI, 2003).

Até 1998, a Saúde da Família se apresentava em sua fase de constituição, estando restrita a pequenos e médios municípios, principalmente da região nordeste. Nesse período, a cobertura da população brasileira passou de 1% para 7% (BRASIL, 2009).

Após esse período, houve um rápido movimento de expansão, com a população coberta passando de 10,4 milhões para 63,1 milhões em 2003, ou seja, 36% da população do país. Nesse ínterim, houve aumento da abrangência importante em todas as regiões, mas com cobertura maior em municípios de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo.

A partir de 2004 sucede a consolidação da APS, sob a égide da Estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional, sendo que a marca simbólica de 50% da população coberta foi ultrapassada no ano de 2009, quando estavam implantadas ao todo 30328 equipes de saúde da família no território brasileiro (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012a).

2.3 A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA APS NO BRASIL

A saúde bucal como política pública é um conceito já relativamente antigo, sendo que na história brasileira há algumas tentativas de estabelecimento de um sistema público eficiente para a saúde bucal, sendo que três merecem destaque. A primeira, em meados da década de 1950, leva o nome de Odontologia Sanitária ou Sistema Incremental, e foi introduzido pelo Serviço Especial de Saúde Pública. Foi o primeiro passo para a implementação de uma lógica organizativa e de programação para a assistência odontológica, mas sua abrangência restrita principalmente a escolares de 6 a 14 anos e seu enfoque em áreas de interesse econômico fez com que não se perpetuasse como estratégia em saúde pública para saúde bucal.

A sucedeu a proposta de Odontologia Simplificada, voltada à prevenção e promoção de saúde, com ênfase coletiva e educacional, simplificação e racionalização da prática odontológica e incorporação do pessoal auxiliar. Mais recentemente, nos primórdios do SUS, foi implementado o programa de inversão da atenção (PIA), que baseava-se em intervir antes e controlar depois. Através de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao novo sistema, porém sem preocupação com a participação comunitária. O modelo estabelecido era centrado em fases de estabilização, reabilitação e declínio, e para isso contava com ações de controle epidemiológico, uso de tecnologias preventivas modernas e ênfase no auto-controle. (BRASIL, 2006c)

Em 1989 foi estabelecida a Política Nacional de Saúde Bucal, organizada pela Divisão Nacional de Saúde Bucal e pela Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Era fundamentada em universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional. Do ponto de vista populacional, priorizava crianças em idade de escolarização primária e em sequência, adolescentes, crianças de 2 a 5 anos e adultos. Quanto às modalidades de serviço, a prioridade era concedida aos de caráter emergencial, às ações preventivas e de educação em saúde bucal e a serviços recuperadores básicos. Como quarta e quinta necessidades, as especialidades básicas e os serviços de maior complexidade. (BRASIL, 2009)

Ainda em 1989, foi publicada a Portaria nº 22 da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, que regulamentou a concentração de substâncias fluoretadas em dentifrícios e enxaguatórios bucais em comercialização no país, viabilizando a expansão da ofertas e do acesso a produtos fluoretados para o consumo da população. (BRASIL, 2009)

No entanto, a década de 1990 foi marcada por um expressivo declínio das ações de saúde bucal do Ministério da Saúde, com mínima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal, que segue largamente negligenciada por todo o período, atravessando os governos Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) sem qualquer renovação (BRASIL, 2009).

No período que compreende o mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, foi marcante a introdução da Saúde Bucal no PSF, além do primeiro levantamento nacional de saúde bucal. Nesse âmbito, a crise de financiamento permanente que se abateu sobre as políticas públicas de saúde fizeram com que os gastos com assistência odontológica, em relação aos gastos federais com saúde, caísse de 4,9% em 1996 para 2,6% em 1999, tendo

inclusive havido decréscimo no valor nominal da quantia, de 167 milhões de reais em 1996 para 127 milhões de reais em 1999 (BRASIL, 2009).

O primeiro levantamento nacional de saúde bucal foi muito importante por representar iniciativa pioneira de diagnóstico da realidade de saúde bucal no Brasil. No entanto, ficou marcado por se restringir a exames de cárie dentária em estudantes de 6 a 12 anos da rede pública e privada das 27 capitais brasileiras. Roncalli afirma, em 2006, que “a experiência de 1996 é a nítida expressão do amadorismo com o qual foi conduzido o processo, bem como da força política e da inserção institucional do setor saúde bucal, ambas nitidamente frágeis durante boa parte da década de 1990” (BRASIL, 2009).

Em dezembro de 2000, ocorre a primeira iniciativa do Governo Federal para o financiamento da saúde bucal, e sua incorporação nas atividades do Programa de Saúde da Família. Com a publicação da portaria GM nº 1444/00, foi criado o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento das ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no PSF, em duas modalidades de equipe. A tipo I contava com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, enquanto que a tipo II contava com cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário). Havia ainda um incentivo adicional em parcela única por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Cada equipe tinha capacidade para atender 6900 pessoas, sendo que se poderia implantar uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família.

Em março de 2001, as primeiras equipes foram implantadas. Em dezembro de 2002, havia 3819 equipes modalidade I e 442 equipes modalidade II, com uma cobertura populacional de 15,2%. Nos dois anos seguintes, foi concluído o Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, iniciado ainda em 2000.

Em 2004, foi lançado o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que propõe:

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Essa reorientação do modelo tem como pressuposto a qualificação e articulação da atenção básica com a totalidade do sistema, assegurando a integralidade; a utilização da epidemiologia e informações sobre o território para subsidiar o planejamento; centrar a atuação na Vigilância em Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhando o impacto das ações em saúde bucal por meio de indicadores adequados; incorporação da Saúde da Família como estratégia na reorganização da atenção básica; definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção e definição de uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal. (NARVAI; FRAZÃO, 2008; BRASIL, 2004, 2009)

A partir de 2003, os investimentos na área também aumentaram, de 56 milhões de reais em 2002, para 84,5 milhões em 2003, para atingir 184 milhões em 2004, com investimento de até 1,2 bilhões de reais até o ano de 2006 e 600 milhões somente em 2007. (PUCCA, 2006; BRASIL, 2009). Em outubro de 2012, 4903 municípios no país contavam com equipes de saúde bucal, sendo que estavam implantadas 20169 equipes de modalidade I e 2044 equipes de modalidade II (BRASIL, 2012b).

2.4 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de avaliação de políticas públicas surge após o fim da Segunda Guerra Mundial, devido a necessidade de melhoria da eficácia da aplicação de recursos estatais. Desse modo, foram criados inúmeros métodos que possibilitavam a análise das vantagens e custos de programas. No Brasil, a prática de avaliação como função pública ainda é rara, embora tenha ocupado crescente espaço na literatura legal e técnico-científica, a partir da década de 1980 (UCHIMURA; BOSI, 2002; HARTZ, 1999)

Para Hartz (1999), avaliação pode ser definida como uma atividade institucional direcionada a se tornar parte integrante das engrenagens da gestão pública, integrada às funções do sistema político. Seu propósito é de fomentar um julgamento de valores aprimorado, mas também elevar a implementação prática de uma política ou o funcionamento de um serviço. As atividades reunidas sob o termo avaliação, no entanto, são diversas, desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo “deu resultado?”, “estamos satisfeitos?”, até a pesquisa avaliativa, que em essência, busca resolver as questões semelhantes, porém recorrendo a métodos e técnicas de maior objetividade (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Para emissão de juízo de valor, no entanto, deve haver o reconhecimento da existência de diferentes olhares sobre a mesma realidade, posto que a avaliação lida com fortes componentes subjetivos, corporativos e de visão de desenvolvimento, sendo, portanto, também ideológica. Por isso, para que tenha sucesso, é preciso ser valorizada como processo de aprendizagem para tomada de decisões mais consistentes com as iniciativas iniciais (CONILL, 2004; GOES; FIGUEIREDO, 2012)

A avaliação em saúde pode ser entendida como um método sistemático para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, levando em conta a magnitude das diferenças. Pode ainda ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (GÓES; FIGUEIREDO, 2012). Tradicionalmente, esse processo lança mão de uma perspectiva reducionista, buscando medir quantitativamente o impacto de intervenções sobre a saúde individual ou comportamentos, conhecimentos e atitudes (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Tecnicamente, a avaliação tem seu conceito construído sobre a medição de indicadores, comparação desses com parâmetros pré-existentes e emissão de juízo de valor, que embasam uma tomada de decisão. Para isso, é necessário lançar mão de metodologia para sistematizar esse processo, que é essencialmente humano. Donabedian que sistematizou a diversidade de propostas de avaliação na tríade estrutura-processo-resultados, já em 1966, critica o uso isolado de desfechos como critério de qualidade de cuidados em saúde, questionando se o desfecho é, de fato, um indicador relevante, propondo que “às vezes um desfecho em particular é irrelevante, como quando a sobrevivência é escolhida como critério de sucesso em uma situação que não é fatal, mas tem probabilidade de produzir saúde subótima ou condições debilitantes” (DONABEDIAN, 1966; MINAYO, 2006; SILVA; FORMIGLI, 1994).

O modelo proposto por Donabedian considera que as condições estruturais, que condicionam o universo de práticas a ser avaliado, tais como recursos financeiros, humanos, físicos e organizacionais, podem favorecer os dados relativos aos processos que definem esses processos – as consultas, internações, procedimentos – e as medidas que permitem mensuração dos resultados destes, como mortalidade, morbidade ou medidas de qualidade de vida (GÓES; FIGUEIREDO, 2012). Além disso, define como sete pilares da qualidade em cuidados de saúde a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade (DONABEDIAN, 2003).

Silva e Formigli (1994) apontam, no entanto, que esse modelo é restrito pela sua baixa especificidade, por homogeneizar fenômenos de natureza distinta, além de pressupor a existência de uma harmonia e direcionalidade numa relação funcional entre os componentes da tríade que não se verifica na realidade prática concreta dos sistemas de saúde.

Segundo Deslandes (1997) , as concepções mais atuais de avaliação incorporam ao conceito de serviço de saúde a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado, pensando-o como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas. Afirma também que:

(...)a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com presteza a efetividade de determinado serviço ou programa.

Em APS, existem diversas ferramentas baseadas em questionários estruturados para aplicação aos usuários, trabalhadores ou gestores da saúde. Essas ferramentas têm sido validadas em diversos países e integram importantes instrumentos de avaliação voltados à satisfação de quem os responde (GOES, MOYSÉS 2012).

2.5 O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

O PCATool, em português, Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, é um instrumento para avaliação da presença e efetividade dos atributos da APS, que foi criado na Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene. A sua primeira versão foi criada em 1997, e validada em 1998. Em 2001, seria validada a versão para saúde do adulto. Os instrumentos foram baseados nas propostas de atributos do Institute of Medicine, de 1978, com a adição da proposta de primeiro contato, considerada crítica para o sucesso da APS, sendo que esses princípios são considerados fundamentais para medir a incorporação da atenção primária. O PCATool profissional foi criado em espelho à versão adulto, com acréscimo de itens do atributo integralidade da versão para crianças (STARFIELD et al., 1998; SHI; STARFIELD; XU, 2001; STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010).

Esse instrumento foi criado com base no modelo de avaliação donabediano, e portanto se baseia na avaliação de elementos estruturais, processuais e de resultados dos serviços de saúde, assim, cada atributo do instrumento original conta com componente relacionado à estrutura (como a acessibilidade) e outro ao processo (como a utilização) (DONABEDIAN, 1966; BRASIL, 2010).

O PCATool já foi validado em outros países, e para adaptá-lo a realidade brasileira, o grupo de pesquisa de atenção primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul transformou cada versão original do instrumento em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e realizou processo de tradução e tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e do construto, além de análise de confiabilidade (BRASIL, 2010).

O instrumento já foi usado no Brasil diversas vezes, (OLIVEIRA, 2007; CHOMATAS, 2009; CASTRO et al., 2012), inclusive antes de sua validação (IBAÑEZ, 2006). Atualmente, a versão usuário para o PCATool saúde bucal também está em processo de validação pelo Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado através da aplicação do questionário PCATool Profissional, versão saúde bucal, aos profissionais matriculados no curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS).

3.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal descritivo.

3.2 AMOSTRA

O presente estudo teve como base populacional cirurgiões–dentistas, do estado do Rio Grande do Sul, que estão matriculados no curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS), vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Todos os matriculados foram incluídos no estudo, sendo que não houve critérios de exclusão. Em caso de recusa, foi considerada perda. A amostra foi composta por 35 cirurgiões-dentistas.

3.3 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento PCATool foi criado por Starfield *et al* na Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene. O PCATool Profissional é embasado no marco teórico da APS e foi proposto, fundamentalmente, para medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Originalmente, o instrumento na versão profissional contém 77 itens divididos entre os sete atributos e possibilita por meio de respostas do tipo *Likert*, construir escores da APS que assumem valores entre 1 e 4 para cada atributo.

Em contraste ao instrumento original, o atributo acesso é composto de apenas um item, sendo condensados aspectos referentes a estrutura e processo numa escala única. Essa escala avalia principalmente tolerância a consultas não marcadas, tempo de espera para recebimento de cuidado, facilidade para marcar consultas e facilidade do paciente para receber orientação.

A escala de longitudinalidade, que também foi condensada, com elementos estruturais e processuais, avalia o vínculo do paciente com o profissional, a capacidade do profissional de esclarecer dúvidas e se comunicar com o paciente, e o conhecimento sobre características sociais específicas de cada paciente.

A escala de coordenação, integração de cuidados, versa sobre o processo de referência e contra-referência, avaliando a iniciativa do profissional da APS para o sucesso da referência,

e a capacidade de comunicação com os níveis superiores de atenção. Já a escala de sistemas de informação lida com a habilidade do serviço de gerir e disponibilizar as informações sobre os pacientes, em essência prontuários, além da capacidade do profissional de buscar e obter informações geradas em outros serviços.

As escalas de integralidade versam sobre os serviços oferecidos e serviços efetivamente prestados.

Como exemplo do teor dos itens, “Seu serviço de saúde bucal fica aberto no sábado ou no domingo?” está vinculado ao acesso, “No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo dentista?”, faz parte do atributo longitudinalidade. A coordenação é ilustrada através dos atributos integração de cuidados e sistemas de informação, representados por itens como “Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?” e “Você permitiria a seus pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?”. A integralidade também é representada através de dois segmentos, serviços oferecidos e serviços prestados, avaliados por itens como “Exame preventivo da boca (Câncer de Boca)” e “Exame da boca / exame dos dentes/ exame odontológico”, respectivamente. Além disso, também são representados os atributos derivados orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, ilustrados pelos exemplos “Você pergunta aos pacientes quais as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para eles ou para um membro da sua família?”, “Você faz visitas domiciliares?” e “Se necessário você considera o pedido de uma família para usar tratamentos complementares, tais como homeopatia ou acupuntura?”, respectivamente.

O escore final de cada atributo é a média das respostas obtidas em cada item. Alguns atributos são compostos por sub-dimensões (primeiro contato = acessibilidade + utilização/integralidade = serviços prestados + serviços disponíveis/ coordenação = sistema de informação + fluxo do usuário) e na obtenção dos escores são incluídos todos os itens do atributo em questão.

3.4 COLETA DE DADOS

Além do instrumento PCATool, foi aplicado um questionário individual que continha informações sobre sexo, município onde está situada a unidade de saúde em que o profissional trabalha, forma de contratação e formação de graduação. Além disso, foram realizadas questões específicas com o objetivo de avaliar, sob a perspectiva do profissional, o grau de vinculação e utilização do serviço.

A avaliação dos atributos acesso de primeiro contato e coordenação foi feita através de blocos de perguntas que correspondem ao mesmo. As respostas são do tipo Likert variando de 1 (com certeza não), 2 (provavelmente não), 3 (provavelmente sim) a 4 (com certeza sim). O instrumento atribui escores para o atributo.

Para facilitar a aplicação e discussão deste escore o valor obtido para o escore é então padronizado, isto é, transformado para uma escala que contemple a variabilidade da escala. A padronização adotada neste estudo transforma os escores para valores entre zero e dez, assim:

$$\text{Escore Padronizado} = \frac{(\text{Escore} - 1)}{(4 - 1)} * 10$$

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Ao final da coleta, os dados foram tabulados no software SPSS e foram realizadas as análises estatísticas descritivas. As variáveis quantitativas foram descritas na forma de média e respectivos desvios padrão e medianas, enquanto as variáveis qualitativas foram descritas na forma de porcentagens absoluta e relativa. Para obter o escore da qualidade da APS foi calculada a média dos valores itens que compõem cada dimensão correspondente aos atributos do PCAtool.

4 RESULTADOS

A amostra estudada consistiu de 35 cirurgiões-dentistas vinculados ao curso de especialização em saúde da família da UnA-SUS/UFCSPA em Porto Alegre. Todos aceitaram participar do estudo. Foram constatadas 6 perdas, duas devido à não finalização do questionário por parte do entrevistado e 4 devido a impossibilidade de agendamento da entrevista, levando à um N de 29 cirurgiões-dentistas.

As características da amostra, como apresentado na tabela 1, quanto à composição de gênero, consiste em 22 (75,9%) do sexo feminino e 7 (24,1%) do sexo masculino. Quanto ao tipo de serviço, 26 (89,7%) estão vinculados à ESF, e 3 (11,3%) trabalham no modelo tradicional. Quanto ao regime empregatício, 15 (51,7%) estão vinculados ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), 12 (41,4%) são servidores públicos e 2 (6,9%) têm cargos cooperados.

Quanto aos municípios onde os profissionais exercem a odontologia, os resultados são amplamente heterogêneos, porém com predomínio de cidades do norte do Rio Grande do Sul, com predomínio de cirurgiões-dentistas alocados em Passo Fundo e região.

Quanto à graduação, conforme tabelas 2 e 3, 15 (51,7%) cirurgiões-dentistas são egressos de universidades públicas, enquanto que 14 (48,3%) cursaram em instituições particulares. Quanto ao ano de graduação, há predomínio de profissionais graduados recentemente, sendo que 14 (48,3%) colaram grau entre os anos de 2005 e 2010. A distribuição se equivale para os quinquênios de 2000-2005, 1995-1999 e 1990-1994, com 4 (13,8%), 4 (13,8%) e 3 (10,3%) profissionais se graduando em cada período, respectivamente. O número de profissionais graduados antes de 1990 também é de 4 (13,8%).

Em estratificação por sexo conforme tabelas 1 e 2, observa-se que há 4 (57,1%) celetistas, 3 servidores (42,9%) e nenhum contratado através de cargo cooperado do sexo masculino. Destes, 5 (71,4%) trabalham na ESF, e 2 (28,6%) trabalham no modelo tradicional. Quanto à população estudada do sexo feminino, compreende-se 12 (54,5%) celetistas, 8 (36,4%) servidores e 2 (9,1%) cargos cooperados. Destas, 21 (95,5%) trabalham na ESF e 1 (0,5%) trabalha no modelo tradicional.

O escore médio para o atributo acesso foi de 3,9, com desvio padrão de $\pm 0,854$ e mediana de 3,7. Para o atributo coordenação – integração de cuidados, o escore foi de 7,1, com desvio padrão de $\pm 1,433$ e mediana de 7,6. Quanto à coordenação – sistema de informações, o escore atingiu 8,4, com desvio padrão de $\pm 1,804$ e mediana de 8,8.

Quando estratificados por sexo, conforme tabela 4, os escores, com seus respectivos desvios padrão e mediana foram de 3,6, ($\pm 0,882$), 3,3 para acesso, 6,4 ($\pm 2,151$), 6,6 para

integração de cuidados, 7,9 ($\pm 1,530$) 6,6 para sistemas de informação, 7,2 ($\pm 0,638$), 7,1 para o escore essencial e 6,9 ($\pm 0,998$) 7,5 para a população masculina. Quanto às mulheres, pontuaram 3,8 ($\pm 0,845$) 3,85 em acesso, 7,4 ($\pm 0,988$) 7,6 em integração de cuidados, 8,5 ($\pm 1,377$) 8,8 em sistemas de informação, 7,8 ($\pm 0,586$) 7,95 no escore essencial e 7,7 ($\pm 0,765$) 7,85 no escore geral.

As equipes de saúde bucal que não organizadas sob a ótica da estratégia de saúde da família obtiveram de 4,6 pontos no quesito acesso, 7,1 no quesito integração de cuidados e 8,9 em sistemas de informação, com escore essencial de 8,0 e escore geral também de 8. As equipes de ESF atingiram escores de 3,8 ($\pm 0,865$) em acesso, 7,2 ($\pm 1,508$) em integração de cuidados e 8,3 ($\pm 1,440$) em sistemas de informação, com escore essencial de 7,6 ($\pm 0,671$) e escore geral de 7,5 ($\pm 0,931$).

No que tange ao vínculo empregatício, como mostra a tabela 5, cirurgiões-dentistas contratados pelo regime da CLT apresentaram escore de 3,9 ($\pm 0,966$) em acesso, 7,3 ($\pm 1,363$) em integração de cuidados, 8,3 ($\pm 1,546$) em sistemas de informação, 7,7 ($\pm 0,670$) nos atributos essenciais e 7,5 no geral ($\pm 1,067$). Os servidores públicos, por sua vez, mostraram resultados de 4,0 ($\pm 0,815$) pontos em acesso, 7,1 ($\pm 1,728$) em integração de cuidados, 8,3 ($\pm 1,546$) em sistemas de informação, 7,6 ($\pm 0,716$) no essencial e 7,5 ($\pm 0,749$) no geral. Os empregados através de cargo cooperado obtiveram nota 3,6, 6,6 e 9,4, nos atributos acesso, integração de cuidados e sistemas de informação, respectivamente, pontuando 8,1 no escore essencial e 7,8 no escore geral.

Quanto aos demais atributos, o escore de longitudinalidade foi de 7,4 o de serviços disponíveis, 9,2 e o de serviços prestados, 9,4. Os derivados tiveram escores de 8,0 para orientação familiar, 7,0 para orientação comunitária e 6,7 para competência cultural.

O escore total para os atributos essenciais foi de 7,6, com desvio padrão de $\pm 0,119$ e mediana de 7,8. Contando com os atributos derivados, a pontuação caiu para 7,5, com desvio padrão de $\pm 0,899$ e mediana de 7,8.

Tabela 1 - Características da amostra, por sexo.

Variáveis	Masculino N (%)	Feminino N (%)
Regime empregatício		
Celetista	4 (57,1%)	12 (54,5%)
Servidor	3 (42,9%)	8 (36,4%)
Cooperado	0 (0%)	2 (9,1%)
Tipo de Serviço		
ESF	5 (71,4%)	21 (95,5%)
Tradicional	2 (28,6%)	1 (0,5%)

Tabela 2 – Formação acadêmica, por ano de graduação.

Período da formatura	N (%)
2005-2010	14 (48,3%)
2000-2004	4 (13,8%)
1995-1999	4 (13,8%)
1990-1994	3 (10,3%)
Pré-1990	4 (13,8%)

Tabela 3 – Formação acadêmica, por universidade.

Instituições	N (%)
UFRGS	7 (24,3%)
UFSM	3 (10,3%)
UFPeI	3 (10,3%)
PUCRS	4 (13,8%)
ULBRA	3 (10,3%)
UPF	6 (20,7%)
Outras	3 (10,3%)

Tabela 4 – Escores de atributos, escores essencial e geral, por sexo.

	Masculino	Feminino
	média(±desvio padrão)/mediana	média(±desvio padrão)/mediana
Acesso	3,6 (±0,882)/3,3	3,8 (±0,845)/3,8
Integração de cuidados	6,4 (±2,151)/6,6	7,4 (±0,988)/7,6
Sistemas de informação	7,9 (±1,530)/6,6	8,5 (±1,377)/8,8
Escore essencial	7,2(±0,638)/7,1	7,8 (±0,586)/7,9
Escore geral	6,9(±0,998)/7,5	7,7 (±0,765)/7,8

Tabela 5 – Escores de atributos, escores essencial e geral, por regime empregatício.

	Celetista	Servidor	Cooperado
	média (±desvio padrão)/mediana	média (±desvio padrão)/mediana	média
Acesso	3,9 (± 0,966)/3,7	4,0 (±0,815)/3,7	3,6
Integração de cuidados	7,3 (± 1,363)/7,35	7,1 (±1,728)/7,6	6,6
Sistemas de informação	8,3 (± 1,546)/8,25	8,3 (± 1,467)/7,7	9,4
Escore essencial	7,7 (± 0,670)/7,75	7,6 (± 0,716)/7,7	8,1
Escore geral	7,5 (± 1,067)/7,8	7,5 (± 0,749)/7,8	7,8

5 DISCUSSÃO

O presente estudo constatou um desempenho amplamente insatisfatório no atributo acesso/primeiro contato, contrastando com as pontuações altas nos atributos de integração de cuidados e sistemas de informação, que constituem o atributo de coordenação. Esse cenário tem precedentes em outros estudos que utilizaram o PCAtool, tanto versão profissional como adulto (IBAÑEZ, 2006; OLIVEIRA, 2007; CHOMATAS, 2009; CASTRO et al., 2012).

Os altos escores em coordenação vão ao encontro dos resultados de outros estudos realizados através do PCAtool, inclusive do instrumento para saúde geral, versão profissional, que foi validado pelo mesmo grupo que trabalhou nesse estudo, sendo que é discutido que altos valores em coordenação, mesmo quando os serviços avaliados são diferentes em seus processos de trabalho, podem estar relacionados ao fato de que o atributo é avaliado em essência pelo modo como o serviço avaliado se comunica com o resto do sistema. (IBAÑEZ, 2006; CASTRO et al., 2012)

Apesar de a amostra adotada não ser probabilística, o predomínio de mulheres na amostra reflete o perfil atual da Odontologia no Brasil, com uma maioria de mulheres registradas em todos os conselhos regionais, exceto os do Acre e de Santa Catarina. As mulheres também predominam quando a população examinada é a de cirurgiões-dentistas vinculados ao serviço público no Brasil, constituindo 57% dos que atendem nas ESF e nos Centro de Especialidades Odontológicas (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010)

Historicamente, a Odontologia se caracterizou por prestar assistência principalmente aos escolares, um método amplamente criticado pela sua exígua cobertura, pelo seu caráter excludente, que relegava outros grupos populacionais ao atendimento de urgência e por estar calcado na demanda espontânea e no predomínio de ações curativas de caráter mutilador (SANTIAGO; WERNECK; FERREIRA, 2009; PINTO; MATOS; LOYOLA FILHO, 2012; PEREIRA et al., 2012).

Além da herança histórica, o acesso aos cuidados em saúde bucal também foi prejudicado pelo alto custo do tratamento odontológico particular, pelo empobrecimento da população e pela qualificação do serviço prestado na rede pública, ocasionando uma demanda por cuidado maior do que a capacidade operacional dos serviços tem capacidade de manejar Além disso, outra barreira está constituída na forma de marcação de consultas baseadas na retirada de fichas no início da manhã, que geram grandes filas (RAMOS; LIMA, 2003)

Observa-se que há grande preocupação em expandir a cobertura de saúde bucal no Brasil, mas apenas o aumento da cobertura e capacidade operacional não altera o modelo sobre o qual está alicerçado a prática odontológica vigente. Para a obtenção de resultados

favoráveis, é necessária modificação dos processos de trabalho, priorizando a flexibilidade de rotinas sem gerar, no entanto, organização. Isso só é possível através de um esforço conjunto entre equipe e gerência. Além disso, o acolhimento é ponto importante no processo de trabalho da ESF, com capacidade para ampliar o acesso ao serviço, além de humanizar o atendimento e de possibilitar vínculo com a população usuária (RAMOS; LIMA, 2003; PEREIRA et al., 2003, SANTIAGO; WERNECK; FERREIRA, 2009).

O SUS é um agente de grande importância para o acesso à saúde bucal, posto que o perfil de atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito maior de atendimento financiado com recursos particulares, e muito menor de atendimentos financiados por convênios ou pelo SUS (BARROS; BERTOLDI, 2002).

O presente se trata de um estudo com resultados preliminares de um estudo de validação do instrumento PCAtool profissional, versão saúde bucal. Conhecer a perspectiva do profissional sobre a qualidade do cuidado ofertado pelo sistema é de grande importância, posto que são esses os responsáveis pela sua produção cuidado. O instrumento utilizado é baseado em um instrumento já utilizado no Brasil, o PCAtool profissional, e seus resultados consoam com a versão saúde bucal (CASTRO et al., 2012.)

São reconhecidas limitações do estudo o pequeno tamanho amostral, com forte viés para profissionais que trabalham na saúde da família, subrepresentando a significativa parcela que ainda trabalha sob o modelo tradicional. Adicionalmente, profissionais tendem a avaliar melhor os seus próprios serviços do que os seus usuários. Além dessas, há as limitações inerentes ao instrumento, como o fato de todos os atributos terem o mesmo “peso” para o cálculo dos escores geral e essencial. Outro problema é a utilização apenas da experiência dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado (IBAÑEZ et al., 2006; CASTRO et al., 2012).

Através dos resultados preliminares, entende-se que o acesso à APS em saúde bucal deixa a desejar, sendo um importante alvo para a políticas de melhoria de qualidade. Os resultados satisfatórios apresentados pela coordenação não devem justificar acomodação, posto que os esforços para eficiente comunicação entre os serviços demandam tecnologias leves e duras atualizadas. Os resultados finais serão apresentados quando da validação integral do instrumento.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo abordou-se a extensão dos atributos da APS na visão dos cirurgiões-dentistas matriculados no curso de especialização em saúde da família da UnA-SUS/UFCSPA.

O acesso à APS nos serviços avaliados, na visão dos profissionais, deixa a desejar, indicando que o SUS ainda não se livrou da herança de sistemas alicerçados sobre práticas excludentes, e que a qualificação dos serviços públicos de odontologia, somada à mudanças socio-econômicas no país, fazem com que a saúde bucal no SUS seja uma alternativa atrativa, aumentando a demanda pelo serviço. A reorganização de práticas e o aumento da capacidade operacional são fundamentais para a melhoria desse atributo.

A coordenação apresentou altos escores nos dois itens que o constituem. Conclui-se no entanto, pela pontuação mais baixa em integração de cuidados, que os profissionais tem menos confiança na capacidade de comunicação entre os vários níveis do sistema de saúde e na clareza do processo de referência e contra referência, do que na capacidade de o serviço lidar com as informações por ele criadas, internamente.

A validação do instrumento PCAtool profissional, versão saúde bucal, é de grande importância para que possa ser amplamente aplicado no Brasil, gerando dados de maior confiabilidade sobre o assunto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que os resultados mostram é uma odontologia pública de difícil acesso, mas bem coordenada. No entanto, o instrumento propõe avaliação sobre acesso de uma forma contraditória à qual está estruturada o sistema de saúde, com unidades de saúde trabalhando em horário comercial durante os dias úteis e unidades de pronto atendimento que funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana. Esse cenário demanda mudanças, posto que o acesso à atenção primária se dá apenas das 8h as 17h, de segunda à sexta-feira.

O integração do cuidado recebeu alto escore, mas por ter sido avaliada pela visão do gerador do cuidado, seu alcance acaba junto com a parte do processo de referência que cabe ao profissional da atenção básica. No entanto, os resultados mostram uma conscientização dos profissionais sobre a necessidade de atuação mais forte no processo de referência e contra-referência, e de não se conformar com simplesmente escrever um encaminhamento e abandonar o paciente às engrenagens do sistema.

Os sistemas de informação dos serviços se mostram apropriados para a APS, como mostra o escore mais alto dentre os atributos avaliados no presente estudo. O único quesito que não teve resultados amplamente favoráveis é o que dispõe sobre a a disponibilidade da documentação de saúde antiga do paciente durante as consultas, o que demonstra a ausência do hábito de requisitar esse tipo de informação por parte dos cirurgiões-dentistas.

Por fim, no futuro seria interessante a participação do pessoal de apoio das equipes de saúde bucal em estudos dessa natureza, posto que suas visões sobre o serviço tem grande valor na reorientação de práticas, de processos de trabalho e da própria atuação em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família: os números**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 13 out. 2012a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção primária e promoção de saúde**. Brasília, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 16 nov. 2012b.
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, 2006c. (Cadernos de atenção básica, n. 17)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**. Brasília, 2009
- CALVO, M.C.M., et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
- CASTRO, R.C.L., et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais da saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012.
- CHOMATAS, E.R.V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. 94f.

Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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

CONNIL, E.M. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup.1, S7-S27, 2008.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DONALDSON M., et al. **Primary care: America's health in a new era**. Washington, DC: National Academy Press, 1966. 395 p.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973. 649p.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 44, no. 3, p. 166-203, jul./set. 1966.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 200 p.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248 p.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

HARZHEIM, E.; STEIN, A.T.; ALVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p 23-40, jan./jun. 2004.

IBAÑEZ, N., et al. Avaliação do desempenho da atenção básica em São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, mar. 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **A manpower policy for primary health care: a report of a study**. Washington: National Academy of Sciences, 1978. 106 p.

LIMA, N.T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 502 p.

MILLMAN, M. (Ed.). **Access to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, J.F. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. 375 p.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E.; ARAÚJO, M.E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010. 96 p.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul./set. 2004.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSES, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308 p.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos tecno-assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

OLIVEIRA, M.M.C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PEREIRA, C.R.S., et al. Impacto da estratégia saúde da família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, mar. 2012.

PINTO, R.S.; MATOS, D.L.; LOYOLA FILHO, A.I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 531-544, fev. 2012.

PUCCA Jr, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, jan./mar. 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do sistema único de saúde. In: PEREIRA et al. **Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 440 p.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: Um caminhar compartilhado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2006.

SANTIAGO, W.K.; WERNECK, M.A.F.; FERREIRA, E.F. O processo de inserção da odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG: um estudo qualitativo com base na visão da equipe de coordenação de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do programa de saúde da família. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 45, n. 4, out./dez. 2009.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **J Fam. Pract.**, New Jersey, v. 50, no. 2, p. 161-175, fev. 2001.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

STARFIELD B., et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **J Fam Pract**, New Jersey, v. 46, no. 3, p.216–226, mar. 1998.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia**, Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Geneve, 1978