

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO PRIMARY CARE  
ASSESSMENT TOOL-BRASIL VERSÃO USUÁRIOS DIRIGIDO À  
SAÚDE BUCAL.**

**LIÉGE TEIXEIRA FONTANIVE**

**Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Caren Serra Bavaresco**

**Porto Alegre, novembro de 2011.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO PRIMARY CARE  
ASSESSMENT TOOL-BRASIL VERSÃO USUÁRIOS DIRIGIDO À  
SAÚDE BUCAL**

**LIÉGE TEIXEIRA FONTANIVE**

**Orientador: Prof.Dr. Erno Harzheim**

**Co-orientadora: Profa.Dra. Caren Serra Bavaresco**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
2011

### CIP - Catalogação na Publicação

Fontanive, Liége Teixeira  
ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO PRIMARY CARE ASSESSMENT  
TOOL-BRASIL VERSÃO USUÁRIOS DIRIGIDO À SAÚDE BUCAL. /  
Liége Teixeira Fontanive. -- 2011.  
140 f.

Orientador: Erno Harzheim.  
Coorientadora: Caren Serra Bavaresco.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-  
RS, 2011.

1. Saúde Bucal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Avaliação. 4. Saúde da Família. 5. Primary Care  
Assessment Tool - PCATool. I. Harzheim, Erno,  
orient. II. Bavaresco, Caren Serra, coorient. III.  
Título.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Álvaro Vigo, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia,  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Júlio Baldisserotto, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres, Universidade Federal de Santa  
Catarina.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu marido Paulo, que me serviu de inspiração e que soube me apoiar e compreender durante esta jornada.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Sonia e Gabriel, por respeitarem minhas escolhas.

Aos meus irmãos Aline e Ricardo por serem fonte de orgulho para mim.

Aos meus cunhados Leandro, Renata e Vitor, por fazerem parte da minha vida.

Ao Bob e ao Zeca por me fazerem tão feliz.

Aos colegas de mestrado, em especial, Aline, Ana, Carolina, Adriana e Fernando por serem realmente especiais para mim.

Ao Erno, melhor orientador do mundo, por ter estado sempre disponível quando precisei e a quem tanto admiro e respeito.

À Caren, minha co-orientadora, agora mamãe, que muito colaborou neste trabalho.

**ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAPHD – American Association of Public Health Dentistry  
AFT – Affordable Fluoride Toothpaste  
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome  
AM – Amazonas  
AP - Amapá  
APHA – American Public Health Association  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ART – Atraumatic Restorative Treatment  
ATM – Articulação Têmporo-Mandibular  
CD – Cirurgião-Dentista  
CEP – Código de Endereçamento Postal  
CEO – Centro de Especialidade Odontológica  
CFO – Conselho Federal de Odontologia  
CREO – Centros de Referência de Especialidades Odontológicas  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
GM- Gabinete Ministerial  
GO - Goiás  
HIV – Human Immunodeficiency Virus  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária  
MT – Mato Grosso  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OUT – Oral Urgent Treatment  
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PB - Paraíba  
PCATool – Primary Care Assessment Tool  
PCT – Primary Care Trusts  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
PR - Paraná  
PSF – Programa Saúde da Família  
RJ – Rio de Janeiro  
RS – Rio Grande do Sul  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SE – Sergipe  
SP – São Paulo  
SSC-GHC – Serviço de Saúde Comunitária-Grupo Hospitalar Conceição  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se como fundamento para a organização de sistemas nacionais de saúde. Os modelos de sistema que apresentam maior eficiência são estruturados a partir da APS, porém poucos priorizaram e ampliaram o acesso a saúde bucal como o Brasil com a inclusão das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família. Hoje, com quase 23.000 equipes de saúde bucal, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como desafio avaliar e qualificar a rede construída. No Brasil, o instrumento usado para avaliar o grau de orientação dos serviços de saúde prestados por médicos e enfermeiros aos atributos da APS foi validado, adaptado e aplicado em inúmeras cidades. Tal instrumento, chamado Primary Care Assessment Tool-Brasil, avalia as experiências do usuário quanto às características dos serviços de saúde de acordo com os atributos da APS estabelecidos por Starfield. O objetivo deste estudo é construir consenso entre experts na área de saúde bucal sobre as ações que compõem o cuidado odontológico integral em APS, para adaptar o instrumento PCATool Brasil versão usuários com relação ao atributo integralidade. Para tanto, utilizou como delineamento um estudo do tipo Delphi que avaliou lista de 50 ações relacionadas à Integralidade (serviços prestados e oferecidos) em Odontologia na APS. Através de processos iterativos os 36 experts selecionados em todo o país consensuaram, após rodadas de retroalimentação, uma lista de ações que deveriam compor o domínio integralidade para adaptação do instrumento PCATool-Brasil Saúde Bucal. Como resultado, após 5 rodadas, uma relação de 46 ações com alto grau de consenso foi estabelecida pelo grupo de experts. Verificou-se que 85% das ações eram encontradas em algum documento oficial, protocolo ou linha guia avaliada. Parte destas ações, embora não listadas, eram condutas clínicas para condições prevalentes e relevantes para o profissional em APS. O estudo suscitou importante discussão a cerca dos limites da Atenção Primária em Saúde Bucal, das competências do especialista em APS, dos papéis dos outros níveis de atenção e a possibilidade de adaptação de um instrumento que avalie a orientação dos serviços odontológicos de atenção primária aos princípios da APS definidos por Starfield.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Delphi, Avaliação.



## ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) has established itself as the base for the organization of national health systems. The system models with higher efficiency are structured from the APS, but few have prioritized and expanded access to oral health such as Brazil with the inclusion of oral health teams in the family health strategy. Today, almost 23,000 oral health teams, the National Health System (NHS) is challenged to evaluate and qualify the constructed network. In Brazil, an instrument used to assess the degree of orientation of health services provided by doctors and nurses to the attributes of PHC has been validated, adapted and applied in numerous cities. This instrument, called Primary Care Assessment Tool-Brazil, evaluates the user's experiences on the characteristics of health services according to the attributes of the APS established by Starfield. The objective of this study is to build consensus among experts in the field of oral health on the actions that make up the integrality of dental care in PHC, to adapt the instrument PCATool Brazil-users version with respect to the integrality attribute. To this end, design used as a Delphi-type study that evaluated the list of 50 actions related to the integrality (services provided and offered) in Dentistry at the PHC. Through an iterative process, the 36 experts selected nationwide consensus, after rounds of feedback, a list of actions that should make up the integrality domain for adaptation of the Oral Health PCATool-Brazil. As a result, after five rounds, a framework of 46 actions with a high degree of consensus was established by the group of experts. It was found that 85% of the activities were found in any official document, protocol or guideline evaluated. Some of these actions, although not listed, were to conduct clinical conditions prevalent and relevant to the professional PHC. The study promoted important discussion about the limits of Primary Oral Health, the PHC specialist's skills, the roles of other levels of care and the possibility of adaptation of an instrument to assess the orientation of primary care dental services to the principles of PHC defined by Starfield.

**Key words:** Oral Health, Primary Health Care, Delphi, Avaluation.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
REVISÃO DA LITERATURA.....	13
1. Estratégia de Busca.....	13
2. Atenção Primária à Saúde.....	14
3. Organização da APS no Mundo.....	18
4. Organização da APS no Brasil.....	19
5. Saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Mundo.....	21
6. Construção da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	28
7. Atributos Ideais de um Sistema de Saúde Bucal.....	34
8. Competências do Cirurgião-Dentista da APS.....	35
9. Perfil do Cirurgião-Dentista da APS.....	37
10. Escopo das Ações da Saúde Bucal na APS.....	38
11. Avaliação.....	41
12. Avaliação da APS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
OBJETIVOS.....	54
Objetivo Geral.....	54
Objetivo Específico.....	54
ARTIGO.....	55
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
ANEXOS.....	79
Anexo 1. Projeto de Pesquisa.....	80
Anexo 2. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.....	128
Anexo 3. Questionários/Formulários.....	130
3.1 PCATool-Brasil Saúde Bucal Adaptado.....	130

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Adaptação do Instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil versão usuários dirigido à saúde bucal”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 19 de dezembro de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

## INTRODUÇÃO

A população mundial passou por grandes transformações nas últimas décadas, levando à diminuição da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida. Neste ano de 2011 chegamos ao espantoso número de 7 bilhões de habitantes no mundo. Este fato só foi possível em função da melhoria nas condições de vida: sócio-econômicas, sanitárias e aos avanços na área da saúde. Paradoxalmente, este grande crescimento populacional trouxe também o aumento das iniquidades, com concentração de riquezas nas mãos de uma minoria e deixando a maior carga de doenças para as populações mais vulneráveis e excluídas socialmente. (1)

A saúde bucal é um retrato fiel da realidade descrita acima. Ainda hoje, os países menos desenvolvidos da África, Ásia e América Latina seguem fornecendo atenção em saúde bucal baseada somente em ações destinadas ao alívio da dor, controle de infecções e prevenção primária através da disseminação do uso de fluoretos. (2) Enquanto isso, nações como Brasil e Inglaterra, por exemplo, estão num outro extremo desta realidade, a primeira estruturando seu sistema de saúde bucal com ações nos três níveis de atenção à saúde e a segunda fomentando discussões a respeito de ações baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. (3, 4, 5 e 6)

Ofertar serviços de saúde de qualidade à população não é tarefa fácil, depende de alguns fatores como, por exemplo, identificar claramente as necessidades das comunidades a quem os serviços de saúde se destinam, conhecer os recursos humanos e financeiros disponíveis para este fim, ter à mão conhecimento acerca das melhores evidências que justifiquem a implementação de ações efetivas e a um custo que o país possa pagar. Neste contexto, seja qual for a realidade local, há evidência de que a estruturação da APS dentro de um sistema, proporciona maior probabilidade de se

obter melhores níveis de saúde, com custos mais baixos e diminuindo iniquidades. (7)

Dada a variedade de realidades epidemiológicas e de modelos de atenção à saúde encontrados ao redor do mundo fica difícil determinar em que medida os serviços de saúde bucal estão orientados à APS e, embora se estimule a customização destes serviços a partir dos recursos locais, faz-se necessário avaliar a APS que está sendo ofertada, a partir de critérios comuns a todos. (3,4,8,9)

Segundo Starfield, um serviço ou sistema de saúde orientado à APS é aquele que possui características que são exclusivas, como, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural. (6) Posteriormente, a autora e seus colaboradores criaram um instrumento, o PCATool, com a finalidade de medir a presença e extensão destes atributos nos serviços e sistemas de saúde, identificando assim o grau de orientação dos mesmos à APS. (10, 11)

Na saúde bucal a ausência de instrumentos validados que consigam avaliar os serviços de saúde bucal de APS, sejam eles públicos ou privados, exclusivos de atenção assistencial ou também voltados para a formação de recursos humanos em saúde e independentemente de sua forma de organização, suscita a escolha do tema desta dissertação.

Adaptar o PCATool às características dos serviços de saúde bucal brasileiros é a primeira etapa de um processo de validação necessária para que este instrumento avalie adequadamente os serviços odontológicos de atenção primária tendo como foco as experiências do usuário do sistema de saúde. (12)

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1. ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foram pesquisados os bancos das seguintes bibliotecas virtuais: MEDLINE e BVS até 1º de novembro de 2011, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores estão descritos a seguir e tinham como objetivo encontrar instrumentos de avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde:

(((((("Health Services/standards"[Mesh]) OR "Primary Health Care/standards"[Mesh]) OR ( "Quality Assurance, Health Care/methods"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care/standards"[Mesh] )) AND ( "Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Process Assessment (Health Care)/methods"[Mesh] )) OR "Psychometrics/instrumentation"[Mesh]) OR "Quality Indicators, Health Care/standards"[Mesh]) OR ( "Questionnaires/methods"[Mesh] OR "Questionnaires/standards"[Mesh] OR "Questionnaires/utilization"[Mesh] )) AND ( "Oral Health/methods"[Mesh] OR "Oral Health/standards"[Mesh] OR "Oral Health"[tw] )

Com esta busca foram encontrados 51 artigos. Estes, em sua maioria tratavam sobre avaliação da qualidade de vida, validação de alguns instrumentos sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, auto-percepção de saúde bucal, medidas de impacto em saúde bucal. Não foram listados estudos que criavam ou validavam questionários/formulários para avaliar a orientação aos princípios da atenção primária de serviços de saúde odontológicos.

## 2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, que ocorreu em 1978 no Cazaquistão, foi um marco na construção do conceito de Atenção Primária à Saúde. Tendo como meta “Saúde para todos no ano 2000”, pretendia-se permitir a todos os cidadãos do mundo levar uma vida social e economicamente produtiva e colocava os cuidados primários em saúde como a chave para que esta meta fosse atingida (13).

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (13)

Passadas várias décadas da postulação deste conceito percebe-se que a livre interpretação do mesmo pelas nações e seus governantes suscitou várias abordagens com relação à Atenção Primária à Saúde. Esta forma variada de interpretar e desenvolver a APS deveu-se, segundo alguns autores, ao processo de construção histórica, política e social nos diferentes países (14,15), já outros atribuíram esta variedade de interpretações às declarações amplas, vagas e ambiciosas de Alma-Ata (16) e ainda outros relacionaram esta diversidade a falta de posicionamento claro das

agências internacionais de saúde associado aos processos de globalização (17). Em virtude disso, em 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento de posicionamento, onde baseada na literatura da época classificava a abordagem da Atenção Primária em quatro categorias: APS Seletiva, APS Abrangente de Alma Ata, Atenção Primária e Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos. Neste documento ênfase maior é dada à discussão das duas primeiras destas quatro abordagens. (18)

A APS Seletiva, vista por muitos como um pacote de serviços, é a abordagem dominante em muitos países em desenvolvimento, com o argumento de direcionar recursos limitados a alvos específicos na saúde, reflete, em alguns casos, uma maior facilidade de atrair recursos financeiros. (19). Considerada uma estratégia provisória até a melhora das condições sociais e econômicas do país que a desenvolve, trabalha muitas vezes com programas verticais para subpopulações (especialmente mulheres e crianças) ou para doenças específicas. Os principais serviços disponibilizados são: monitoramento de crescimento, imunização, técnicas de reidratação oral e amamentação, incluindo ocasionalmente alfabetização de mulheres, planejamento familiar e complementação alimentar. A proposta é de ações reduzidas, de alto impacto com a finalidade de combater as causas mais prevalentes de doenças. (18) Porém, esta visão da APS se mostrou incapaz de combater as causas fundamentais dos problemas de saúde, pois privilegia alguns segmentos da população e ignora as características epidemiológicas da sua totalidade. (19)

Já a APS Abrangente de Alma Ata, é vista como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a promoção da saúde na sociedade. Nesta abordagem a APS é vista como o primeiro nível de atenção à saúde integrada e abrangente, cujos princípios são: acessibilidade e cobertura universais com base nas



necessidades da população, ação intersetorial para a saúde, necessidade de atuar sobre determinantes de saúde mais amplos, envolvimento comunitário e individual, além de tecnologia apropriada e efetividade com base nos recursos disponíveis. Elementos como coordenação intersetorial, atuação em equipe multiprofissional com médicos generalistas e participação comunitária também caracterizam esta abordagem da APS (18).

Barbara Starfield também trabalhou o conceito conhecido como Atenção Primária à Saúde Abrangente, definindo características que combinadas são exclusivas da APS, como: oferecer a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornecer atenção sobre a pessoa (não para a enfermidade), no decorrer do tempo e com confiança entre usuários e profissionais (longitudinalidade); fornecer atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (organizar e racionalizar o uso de todos os recursos – básicos e especializados). Portanto, ainda segundo a autora, a APS não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, podendo sim compartilhar com outros níveis de atenção características como a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como o tratamento e reabilitação e o trabalho em equipe. (7)

Estudo também desenvolvido por Starfield, comparando 12 países industrializados do ocidente, indica que nações com uma orientação mais forte para APS, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos, para tanto foram avaliadas 11 características e estas relacionadas com indicadores de resultados (medidas de saúde e de gastos). (20) Outro achado deste estudo, segundo a autora, é que os países que distribuíram recursos de acordo com as necessidades das comunidades e indivíduos alcançaram melhores níveis de saúde. (21)

A partir daí Starfield definiu sete atributos, quatro essenciais e três derivados respectivamente, que são características necessárias para que um serviço ou sistema de saúde seja realmente provedor de atenção primária: (7)

- acesso de primeiro contato: refere-se à acessibilidade e a utilização dos serviços pelos usuários para cada novo problema ou novo episódio de um problema já existente; (7)

- longitudinalidade: refere-se a uma fonte continuada de atenção e seu uso ao longo do tempo, tendo como produto o vínculo da população com o serviço de saúde através de fortes laços interpessoais. A autora traduz esta relação como cooperação mútua entre profissionais de saúde e pacientes; (7)

- integralidade: diz respeito à adequação interna da oferta de ações e serviços às necessidades dos indivíduos e da comunidade e os arranjos que o serviço de atenção primária deve fazer com os demais níveis de atenção para ofertá-los aos usuários; (7)

- coordenação: refere-se à capacidade do serviço de dar continuidade ao cuidado do indivíduo, integrando e acompanhando também o cuidado recebido pelo usuário em todos os níveis de atenção; (7)

- orientação familiar: refere-se à atenção centrada na família com conhecimento das características familiares que levam ao adoecimento e as que facilitam o cuidado; (7)

- orientação comunitária: refere-se à relação do serviço de atenção primária com a comunidade. Quanto este serviço conhece a realidade e as necessidades da comunidade e consegue integrar-se com ela inclusive para planejar e avaliar suas ações; (7)

- competência cultural: habilidade de reconhecer suas necessidades e interagir com os indivíduos e comunidades dadas as diferenças culturais das subpopulações. (7)

### 3. ORGANIZAÇÃO DA APS NO MUNDO

Um estudo de Giovanella caracteriza a organização da APS nos sistemas de saúde de quinze países da União Européia, após as reformas da década de 90. Tais reformas tiveram como objetivo controlar gastos com saúde através da coordenação dos serviços prestados pelos vários níveis de atenção, além de adequar-se a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas. Segundo a autora, a organização destes sistemas de saúde e em especial a APS, é condicionada por dois modelos de proteção social. (22)

Um deles é modelo Bismarckiano que baseia-se em seguros sociais de saúde de contratação compulsória pelos trabalhadores, gerido com contribuições de empregadores e de empregados proporcionalmente ao seu salário, cujos profissionais de saúde da APS são trabalhadores autônomos atuando em consultórios privados. Este modelo é adotado por sete países europeus (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo) que em sua maioria não apresentam separação da atenção ambulatorial em níveis de assistência. (22)

Já o modelo Beveridgiano, organiza-se através de serviços nacionais de saúde, gerenciados pelo estado e geridos com recursos oriundos de impostos e com atuação de trabalhadores assalariados em centros de saúde públicos na maioria dos casos. Diferentemente do anterior, este modelo adotado por 8 países (Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia) oferece acesso universal à assistência, pois a saúde é entendida com um direito de cidadania. Em oito destes países há ainda uma contribuição financeira direta por parte dos usuários no ato do atendimento clínico, onde alguns grupos vulneráveis estão isentos. (22)

Neste mesmo estudo, a autora apresenta também a figura do “*gatekeeper*” como sendo o regulador da porta de entrada do sistema, papel este desempenhado pelo médico generalista em sete destes países citados, principalmente naqueles com sistema nacional de saúde. Esta nova figura deu a APS uma posição de coordenação do cuidado prestado aos usuários, já que sendo ela a porta de entrada do sistema, regula o acesso aos serviços de especialistas, inclusive decidindo a compra destes serviços. Este papel tão importante acaba se diluindo em alguns países pela procura a serviços de urgência/emergência, maneira encontrada pela população para acessar diretamente os especialistas. (22)

Na maioria dos países estudados, os usuários, por sua livre iniciativa, inscrevem-se em serviços cuja capacidade de acompanhamento é de no máximo 2500 cidadãos, diferentemente do Brasil, onde há cadastramento compulsório da clientela de um determinado território compreendendo, teoricamente, um número máximo de 4000 indivíduos. Na maioria destes países o profissional que atua na APS é autônomo, principalmente naqueles que se organizam através de seguros sociais. Em função disto, apenas na Holanda e Inglaterra a APS inclui além dos médicos generalistas uma equipe ampliada composta por cirurgiões-dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, massagistas, educadores de saúde, visitantes domiciliares, parteiras, além de outros profissionais. (22)

#### 4. ORGANIZAÇÃO DA APS NO BRASIL

No Brasil, apesar do Movimento da Reforma Sanitária, cujo ápice foi a Constituição Federal de 1988, que ampliou o conceito de saúde e definiu os princípios doutrinários e organizativos como universalidade do acesso, equidade, integralidade da assistência, descentralização político administrativa e participação da comunidade (23),

tentativas bem sucedidas de organização da APS não passaram de experiências isoladas até a década de 90 do século passado. (24, 25, 26) Uma proposta de âmbito nacional para organização da APS só veio surgir concretamente em 1994 com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Recentemente o programa passou-se a chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo regulamentado inicialmente pela portaria GM nº 648 de 2006 e mais recentemente pela portaria GM nº 2.488 de 2011. (27, 28)

As diretrizes da ESF em muito se assemelham à proposta da APS abrangente e dos conceitos definidos por Starfield. Este modelo assistencial substitutivo da rede básica tradicional utiliza como base os princípios constitucionais da saúde já citados, além de introduzir outros elementos como: responsabilização por uma população num território delimitado, trabalho em equipe e não mais centrado na figura do médico, acompanhamento dos cidadãos e suas famílias ao longo do tempo, da atuação intersetorial para resolução dos problemas de saúde da comunidade e as ações de vigilância em saúde (27). Sendo o Brasil um país com grande extensão territorial percebe-se adaptações locais do processo de trabalho das equipes adequando-se aos aspectos culturais, epidemiológicos e sócio-econômicos de cada comunidade.

Assim, passados apenas 17 anos a ESF já atingiu 5282 municípios brasileiros, contando com 32.029 equipes de saúde implantadas, responsabilizando-se pelo cuidado de 101.181.210 de brasileiros (53,04% da população), segundo dados do Ministério da Saúde de junho de 2011 (29). Esta evolução na cobertura assistencial, que se traduz por maior acesso aos serviços e ações em saúde, associada às ações de vigilância e abordagem familiar e comunitária tem mostrado excelentes resultados principalmente na redução da mortalidade infantil (30).

## 5. SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO

Segundo Hobdell, no final da década de 90, 70% da população mundial, ou seja, mais de quatro bilhões de pessoas, tinham pouco ou nenhum acesso aos cuidados de saúde bucal, o que a tornava um serviço de saúde raro e excludente. (31) Em função deste cenário mundial, quase inalterado nos dias de hoje, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção do pacote básico de saúde bucal nos locais onde a APS não está organizada, a ser executado inicialmente por organizações não governamentais. (2)

Este pacote compreende três componentes: OUT (Oral Urgent Treatment) - tratamento de urgência oral que objetiva o alívio da dor, primeiro atendimento para infecções orais e trauma dento-alveolar e referenciamento dos casos mais complicados; AFT (Affordable Fluoride Toothpaste) - acesso ao creme dental fluoretado e ART (Atraumatic Restorative Treatment) - tratamento restaurador atraumático para a doença cárie, já que não envolve broca, encanamento de água ou eletricidade e sem necessidade de anestesia, uma vez que a limpeza da cavidade dentária é feita utilizando-se instrumentos manuais. (32)

Segundo dados da OMS, em muitos países da Ásia, África e América Latina a capacidade dos sistemas de saúde com relação à saúde bucal é limitada ao alívio da dor e cuidados emergenciais e há escassez de recursos humanos para assistência odontológica. Hospitais centrais e regionais nos centros urbanos, em grande parte dos países em desenvolvimento, são os responsáveis por oferecer serviços de saúde bucal e o escopo de suas ações não envolve atividades preventivas ou restauradoras. (2)

O continente africano, onde 27 dos 46 países foram classificados como os menos desenvolvidos do mundo e onde 80% da sua população encontra-se na categoria sócio-

econômica mais baixa, apresenta serviços de saúde bucal limitados ao manejo da dor ou infecção e tratamento de infecções oportunistas do HIV/AIDS. A maioria destes serviços de saúde bucal estão localizados em estruturas distritais (responsáveis pela assistência de 50.000 à 100.000 pessoas), em áreas urbanas e sem interação com outras áreas da saúde. (33)

Para tentar mudar a realidade descrita acima a OMS publicou em 2005, com a participação de autoridades locais, um manual endereçado aos gestores em saúde, com a finalidade de orientar a construção de políticas públicas de saúde bucal. Tal publicação descreve detalhadamente as etapas desta construção e aponta a importância da customização da política de saúde bucal, levando em conta as características epidemiológicas das populações segundo prevalência, severidade e impacto social das doenças orais. Ela também define ações a serem desenvolvidas conforme o nível de desenvolvimento e recursos financeiros dos países da região. Além disso, estimula a descentralização da administração do sistema de saúde e autonomia dos distritos, classificando responsabilidades em cada nível organizacional da gestão e incorporando princípios como equidade e empoderamento comunitário. (33)

Na América latina, a Carta de São Paulo sobre Saúde Bucal nas Américas reflete a primeira tentativa de união e cooperação técnica dos países latino-americanos para estruturar seus sistemas de saúde bucal. Este documento reforça uma tendência mundial recente de considerar a saúde bucal como parte da saúde geral, estimulando sua integração aos sistemas de saúde, dá destaque ao protagonismo brasileiro nesta área e aponta a formação de recursos humanos para a saúde como um dos principais problemas para o desenvolvimento dos sistemas de saúde da América Latina. A definição e implementação de políticas governamentais de saúde bucal com ampla participação da sociedade, a melhora dos sistemas de vigilância sanitária e

epidemiológica e a criação de uma rede de intercâmbio entre os países da América Latina para discussão e troca de informações sobre o assunto foram outras definições importantes deste encontro. (34)

Um segundo encontro entre países latino-americanos em 2009, culminou com a carta de Brasília. Este segundo documento, já mais maduro, faz referência à construção de uma política nacional de saúde bucal com plano de operacionalização nos países latino-americanos baseada nos princípios já adotados pelo Brasil, de universalidade, equidade, com abordagem integral de saúde e dando ênfase à APS neste processo de organização da assistência. Fala também da necessidade da inclusão da saúde bucal na agenda política, bem como da alocação de recursos financeiros e o respeito à aplicação dos mesmos. (35)

Diferentemente dos cenários até agora apresentados, Cuba é um país que se destaca na América Latina com relação à organização de seu sistema de saúde e em especial à saúde bucal. Neste país, já em 1976, sua constituição determinava que a saúde é um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Em 1973 foram lançados os programas básicos da área da saúde (Libro Rojo) que incluía pioneiramente o primeiro programa básico de atenção estomatológica cubano. Tal programa foi sendo aprimorado com publicações seguintes como: Modelo de atenção estomatológica nas comunidades em 1979, programa de atenção estomatológica para menores de 15 anos e para população com deficiência mental ambos em 1984 e os programas de diagnóstico precoce de câncer bucal e atenção estomatológica do adulto ambos em 1986. (8)

Cuba inicia, em 1984, o programa de medicina familiar semelhante à Estratégia Saúde da Família brasileira, porém cuja equipe básica conta apenas com médico e enfermeira da família, pois em Cuba não há pessoal técnico na área de enfermagem. Em 1992, o Programa Nacional único de APS vinculou o estomatólogo, o equivalente ao



cirurgião-dentista brasileiro, à equipe básica, trabalhando com um técnico de atenção estomatológica, responsável por uma população de 1200 a 1800 habitantes e integrada a, no máximo, 2 consultórios médicos. Em 2002, eram 167 serviços estomatológicos contando cada um minimamente com: um estomatólogo, um laboratório de prótese integrado, um serviço de raio-x e um especialista de cada tipo (periodontista, protesista, ortodontista e cirurgião maxilo facial). (8)

Apesar da precocidade das discussões em saúde bucal na América Latina, percebe-se nos documentos oficiais cubanos sobre saúde bucal: a falta de ações pautadas em evidências científicas atualizadas, a grande normatização e rigidez de formatação dos programas odontológicos e a adoção de programas já abandonados pelo Brasil, como por exemplo, o sistema incremental. Tal sistema, ainda utilizado em Cuba, deve ser instituído à atenção de indivíduos menores de 19 anos quando a relação estomatólogo/habitantes for maior que 1:1800. Pretende-se, portanto, ofertar serviços odontológicos curativos a crianças e adolescentes de forma progressiva, ano a ano, iniciando-se pelos de menor idade até o controle total das doenças orais nesta população. Ocorre que esta forma de gerir a atenção odontológica gera graves problemas de acesso, ficando os indivíduos de maior idade nesta faixa etária excluídos das ações curativas por longos períodos de tempo, salvo em situações de urgência. A priorização de grupos, como por exemplo, gestantes, pessoas menores de 19 anos, idosos, mães com filhos menores de um ano, também é indicada pelo governo cubano quando a relação estomatólogo/população é desfavorável, novamente comprometendo a universalidade do sistema de saúde. (8)

Na Oceania, a Austrália é conhecida pela iniquidade nas condições de saúde bucal. Embora este país tenha experienciado significativa redução de cáries em crianças nos últimos 30 anos, a população adulta permanece com altos níveis desta doença. Isto é

observado principalmente nos aborígenes, nos moradores de ilhas, na população rural e grupos de imigrantes que não falam a língua inglesa. Segundo publicação governamental de saúde bucal, a cárie é o mais prevalente problema de saúde na Austrália com 38% da população com cáries dentárias não tratadas. Ainda, dentre as doenças relacionadas à dieta, a cárie é a que apresenta o 2º maior custo para o país, com um impacto econômico comparado a doença cardíaca e a diabetes. (36) Porém, segundo Spencer, a inequidade da cárie está mais relacionada aos desfechos da doença, refletindo-se em grande número de dentes perdidos fruto do baixo acesso aos serviços odontológicos, do que a experiência de cárie dos indivíduos. (37)

Tal situação é o reflexo da organização do sistema de saúde bucal na Austrália composto por um “mix” de serviços públicos e privados, com predominância do segundo. Os serviços públicos odontológicos prestados através de seguro-saude (medicare) são minoria, pois são limitados a grupos específicos (escolares e alguns adultos, como por exemplo, veteranos, forças armadas, aborígenes, pacientes de hospitais públicos e populações de algumas ilhas). Outra característica dos serviços públicos odontológicos é a de que eles não são homoganeamente distribuídos em todo o território australiano, haja vista que apesar do crescente aumento dos recursos gastos com saúde bucal a espera para atendimento nos serviços públicos odontológicos chegava, em 2002, a 49 meses no sul da Austrália, enquanto que moradores do oeste do país esperavam 13 meses pelo mesmo serviço. (36)

Já na Europa encontramos um cenário diferente da maioria dos países do mundo, com sistemas de saúde bucal mais bem estruturados, porém com realidades bastante diversas umas das outras com relação a sua organização. Os modelos bismarkiano (seguro-saúde) e beveridgiano (sistemas nacionais de saúde), já descritos anteriormente

no estudo de Giovanella para organização da APS permanecem para a saúde bucal com relação aos países já descritos, porém com algumas peculiaridades. (9)

Nos países que adotaram o modelo bismarkiano, onde os cuidados são prestados principalmente por cirurgiões-dentistas da rede privada e não há divisão clara entre níveis de assistência, a definição do escopo das ações da APS fica dificultada. Os benefícios dos seguros saúde nestas nações cobrem principalmente procedimentos restauradores dentais, o que não estimula a execução de ações de promoção da saúde. São também ofertados procedimentos restauradores mais caros como restaurações e próteses fixas de porcelana e ouro com custo compartilhado entre consumidores e os seguros de saúde. (9)

Já nos países que adotaram o modelo beveridgeano, com sistemas nacionais de saúde organizados pelo governo, há acesso universal à saúde bucal, porém a cobertura destes serviços costuma ser menor que os serviços médicos, além de possuir níveis definidos de tratamentos com co-pagamentos por parte dos usuários. Há também um pequeno, mas crescente, mercado compartilhado com seguros privados. Com relação ao escopo das ações da APS na saúde bucal há uma divisão um pouco mais clara nestes países. (9)

Neste contexto, a Inglaterra é um país que se destaca na organização de seu sistema de saúde com relação à saúde bucal. Os *Primary Care Trusts* (PCT), como são chamadas as organizações a nível local, responsáveis pelo desenvolvimento dos serviços de atenção primária e pelo credenciamento e compra de serviços hospitalares e especializados contam com os serviços de dentistas generalistas (*general dental practitioner*), terapeutas dentais, higienistas e enfermeiras dentais com relação à saúde bucal. Além das funções já descritas os PCT devem regular o acesso à saúde bucal, integrando-a a agenda de saúde pública e aos planos locais de saúde. (4)

Porém, apenas a partir de 2003, com uma reforma no Sistema Nacional de Saúde Inglês começou-se a perceber grandes mudanças para saúde bucal. O aumento da cobertura dos serviços odontológicos de APS, com objetivo de oferecer acesso para enfrentar as iniquidades foi uma destas mudanças. Outro avanço para a saúde bucal foi o aumento da cobertura de ações de prevenção e promoção da saúde, focadas principalmente na dieta e redução do consumo de sacarose, controle do consumo de tabaco e álcool, higiene bucal, exposição a fluoretos, aumento da detecção precoce do câncer de boca e redução de traumas dento-faciais. (4)

Em 2005, com a publicação de um plano nacional de saúde para saúde bucal reformulado com estes novos conceitos e abordagens, o Sistema Nacional de Saúde Inglês procurou integrar as ações de saúde bucal com as de saúde geral com agenda única, orientando abordagem de risco comum para doenças crônicas, evitando assim mensagens contraditórias e duplicidade de oferta de serviços. Além disto, tal plano definiu ações em saúde bucal baseadas em evidência para todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, parteiras, visitantes domiciliares, farmacêuticos, equipe de saúde bucal, entre outros). (4)

Surge também na Europa central e oriental, após a queda da “cortina de ferro” em 1989, um modelo misto de saúde bucal, com características dos dois modelos anteriormente citados, que é o Semashko. Neste modelo os cuidados de saúde bucal são financiados principalmente por seguros sociais com contribuição compulsória, porém estes cuidados são abrangentes, gratuitos e de acesso universal. Os cirurgiões-dentistas são em sua maioria trabalhadores assalariados de instituições públicas que prestam assistência em policlínicas ou em departamentos dentais em hospitais. Uma pequena proporção de serviços de maior custo, como próteses, por exemplo, necessitam de co-

pagamento por parte do usuário. A atividade odontológica privada existe em muitos destes países. (9)

## 6. CONSTRUÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Odontologia, como profissão regulamentada no Brasil, existe há pouco mais de 40 anos. Em função disto, não é de se admirar o fato dos primeiros programas de saúde bucal desenvolvidos pelo Estado terem surgido oficialmente no ano de 1952, como uma prática complementar a atividade privada (38).

Neste período pós 2ª Guerra Mundial via-se surgir o que Narvai denominou Odontologia de Mercado, que se mostrou uma prática elitizada, insuficiente e ineficaz do ponto de vista epidemiológico, pois se caracterizava pela produção e consumo privado de bens e serviços sob regulação do mercado. A Odontologia de Mercado, baseada em serviços privados de assistência aos doentes, gerou práticas mutiladoras, pois tinha forte enfoque curativo, excludente, pois priorizava grupos específicos (crianças em idade escolar, 6 à 14 anos), alienada do ponto de vista político e social, com alta incorporação tecnológica, portanto de alto custo, e de baixa cobertura populacional, além de estimular a super-especialização (39).

Assim, a história da Odontologia no Brasil, principalmente após a 2ª Guerra Mundial, mostrou forte dependência internacional, tanto ideológica quanto econômica. Durante este período, várias foram as correntes ideológicas, que pensaram a odontologia no país: Odontologia Sanitária, Social com seu Sistema Incremental, Preventiva, Simplificada, Comunitária e Integral. Embora todas elas fossem propostas contra-hegemônicas, para além de suas diferenças semânticas e ideológicas, nenhuma delas conseguiu mudar a realidade da saúde bucal no país, por vários motivos. (39)

O primeiro deles é o fato do país viver uma ditadura e tais idéias que surgiam ou eram traduzidas nas universidades, não conseguiam reverberar e se legitimar na sociedade brasileira, pois não tinham o apoio do governo. Segundo, é que havia uma forte motivação econômica que servia a interesses da elite do país e mesmo internacionais. Terceiro porque eram em sua maioria modelos impostos de cima para baixo e padronizados, sem levar em consideração as necessidades locais de um país de dimensões continentais. Quarto, porque levavam em conta apenas o combate a uma patologia, a cárie dentária, em detrimento de outras, como a doença periodontal, a mal-oclusão, a fissura lábio-palatal e o câncer de boca, por exemplo. Quinto, pois eram modelos que priorizavam as práticas curativas. Sexto, porque as práticas preventivas, de cunho preventivista, concentravam-se em grupos específicos, especialmente em escolares, sendo, portanto, práticas excludentes. (39)

Contudo, houve alguns avanços neste período: como a grande expansão da assistência pública odontológica a partir de 1967, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), com a compra de serviços de terceiros através de credenciamentos e convênios pelo governo e pagamento por produção, porém ainda sem controle gerencial adequado e com priorização de procedimentos curativos. (39) Somente em 1991, com a Portaria 184, que criou os “Procedimentos Coletivos” é que ações coletivas começaram a ser remuneradas pelo governo (40).

A Lei federal 6.050, de 1974, que instituiu a fluoretação da água de abastecimento público, também é um marco na Saúde Bucal, pois foi uma das medidas que mais contribuiu para o declínio da prevalência e severidade da cárie dentária na população infantil. Nesta mesma época houve uma grande disseminação dos cursos de graduação em Odontologia. Em função disto, desde a década de 80 o Brasil produziu

um grande paradoxo: um grande número de cirurgiões-dentistas e indicadores epidemiológicos ruins (39).

A partir de 1970, com o Movimento da Reforma Sanitária, gestado nas lutas populares contra a ditadura militar, ganha força outra corrente ideológica, a Saúde Bucal Coletiva. Esta retoma algumas questões já abordadas anteriormente por outras correntes e vai além a medida que: opõem-se a mercantilização; luta por liberdades políticas; propõem discussões a respeito da prática odontológica; opõem-se as práticas mutiladoras; luta por uma odontologia acessível, pública, gratuita, de boa qualidade e integral; defende o ensino público gratuito em todos os níveis e campos do saber odontológico; entre outras idéias. (39)

É neste contexto, que em 1988, com a queda do regime militar no Brasil, é promulgada uma nova constituição (13) que institui o SUS (Sistema Único de Saúde), sendo este regulamentado em 1990 pelas leis 8.080 (41) e 8.142 (42). A partir daí surge uma proposta nacional para organização da atenção primária com o PSF em 1994 precedido pelo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, que foi incorporado e ampliado pelo PSF.

Apesar de todas estas mudanças no sistema de saúde brasileiro a saúde bucal continuava a margem deste processo, quando em 1998 identificou-se através da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que 29,6 milhões de brasileiros, ou seja, aproximadamente 18,5% da população brasileira da época, nunca tinham ido ao Cirurgião-Dentista (CD). Esta proporção sobe para 32% se considerarmos apenas a população de áreas rurais (43).

Esta trágica realidade suscitou no Ministério da Saúde a necessidade de aumentar o acesso aos serviços de saúde bucal à população brasileira, incorporando

ações de prevenção e promoção da saúde, tentando assim melhorar os índices epidemiológicos odontológicos. Então, em dezembro de 2000, foi publicada a Portaria GM nº 1.444 incluindo equipes de saúde bucal no PSF e garantindo os incentivos necessários a este processo (44). Além dos avanços já citados anteriormente, a inclusão de equipes de saúde bucal no PSF representou o início da organização da APS na Saúde Bucal em âmbito nacional. Levando-se em consideração as características da odontologia no Brasil na época, acrescenta-se o fato de que, daquele momento em diante, o estado tomava para si a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde bucal aos brasileiros, tendo a partir de agora, a iniciativa privada apenas caráter complementar.

Passados apenas 11 anos da inserção da saúde bucal no PSF, hoje chamada de Estratégia Saúde da Família, contamos segundo dados do Ministério da Saúde de junho de 2011, com aproximadamente 18.992 equipes de saúde bucal implantadas na modalidade I (Cirurgião-Dentista + Auxiliar de Saúde Bucal) e 1.771 na modalidade II (Cirurgião-Dentista + Técnico em Saúde Bucal + Auxiliar de Saúde Bucal) distribuídas em 4843 municípios brasileiros, embora 47,15% destas equipes estejam localizadas em municípios da região nordeste do país e em sua maioria em cidades de pequeno porte do Brasil. (45)

Durante este período, vários autores têm questionado e avaliado a implantação destas equipes de saúde bucal na ESF, que aconteceu de forma bastante rápida e diferenciada em cada município do país, identificando os nós críticos neste processo. (46,47,48,49,50)

Um estudo realizado em 166 municípios do estado de Minas Gerais apontou como pontos positivos desta implantação naquele estado a observação do princípio da universalidade (79% dos CD atendiam todas as faixas etárias da população), a jornada



de trabalho de oito horas sendo cumprida (93% dos casos) e a ampliação quantitativa do acesso aos serviços odontológicos de atenção primária. Contudo, a demanda excessiva enfrentada pelos profissionais, a falta de envolvimento entre ESF e as equipes de saúde bucal (ESB) - (69% não utilizavam prontuários únicos para ESF e ESB e 46,1% realizavam reuniões de equipe esporadicamente ou não realizavam), somada a falta de capacitação dos cirurgiões-dentistas (49,8% nunca tinha sido capacitados), a precarização das relações de trabalho com baixos salários (50% do CD recebiam entre 5 e 7,5 salários mínimos) e formas de contratações instáveis (66,9%), demonstram a necessidade de acompanhamento, avaliação e reestruturação constantes no processo de implantação. (46)

Estudo semelhante foi realizado no estado do Paraná um ano após a publicação da Portaria Ministerial 1.444. Tal estudo indicou como pontos positivos a boa recepção da população quanto às equipes de saúde bucal e, diferentemente de Minas Gerais, a capacitação dos profissionais, porém já antecipava o problema da insuficiência dos serviços de atenção secundária e terciária e a necessidade de profissionais generalistas de perfil adequado para real mudança no processo de trabalho. (47)

Outro estudo avaliou 20 municípios com equipes de saúde bucal da ESF no estado do Rio Grande do Norte e também identificou como nós críticos a dificuldade de integração destas com as equipes da ESF e a precarização das relações de trabalho (40% dos CD com contratos temporários) que leva a instabilidade do emprego e a adoção de práticas clientelistas. Outros problemas também foram apontados por este estudo: o não cumprimento da carga horária integralmente pelos CD; dificuldade no encaminhamento para a atenção secundária e terciária prejudicando a integralidade das ações (48,7%); as dificuldades na atuação intersetorial; a necessidade de avanços nas estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) e na infra-estrutura

dos serviços odontológicos de atenção primária que tem a particularidade de necessitar do uso de tecnologias duras. (48)

Em vista de toda esta diversidade de organização da assistência odontológica e das dificuldades descritas anteriormente no processo de implantação das equipes de saúde bucal nos municípios brasileiros, em 2004 o Ministério da Saúde publica as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que propõe-se a reorientar as concepções e práticas nesta área. Ela tem a ampliação e qualificação da APS como o principal pressuposto com relação à assistência e aponta para o PSF como o caminho para chegar lá. Já em sua apresentação se coloca como um documento em construção, embora até hoje não tenha sido reeditado, que deve levar em conta as diferenças regionais, culturais, sanitárias e epidemiológicas do Brasil na construção de políticas públicas. (3)

Estas diretrizes apontam para a utilização do conceito do cuidado como reorientador do modelo, e incorporam conceitos como a promoção da saúde, utilização de ações programáticas, desenvolvimento de ações intersetoriais, humanização das práticas, atuação segundo linhas de cuidado (criança, adolescente, adulto e idoso), criação de fluxos entre os níveis de atenção, trabalho em equipe, acesso universal aos serviços odontológicos e integralidade das ações. Este documento define ainda questões do processo de trabalho do CD na APS, como por exemplo: a garantia de atendimento de urgência na atenção básica, a maximização da hora clínica do CD, onde 75 a 85% da carga horária deve ser dedicada à assistência, sendo o restante das horas utilizadas para atividades de planejamento, capacitação e atividades coletivas. Definiu-se também que as ações de promoção da saúde devem ser executadas preferencialmente por pessoal auxiliar sob planejamento, supervisão e avaliação do CD. Tudo isto é traduzido pelo

modelo de atenção integral à saúde que deve incorporar, além das tradicionais ações de recuperação da saúde, as de promoção e proteção e a de reabilitação. (3)

No mesmo ano, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu também o Programa Brasil Sorridente cujos três principais eixos eram: reorganizar a atenção básica em saúde bucal através da ESF; ampliar e qualificar a atenção especializada e viabilizar a adição de flúor no abastecimento público de água. A grande novidade instituída por este programa foi a organização da atenção secundária em saúde bucal, grande nó da assistência odontológica integral, através da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), com definição de critérios de habilitação e financiamento pelas Portarias GM nº 599 e 600 de 2006 respectivamente (49,50). Desde então já são 823 CEO e 714 LRPD em todo o Brasil, segundo dados de agosto de 2011 do Ministério da Saúde (53).

## 7. ATRIBUTOS IDEAIS DE UM SISTEMA DE SAÚDE BUCAL

Um estudo revisou publicações da OMS, da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, Saúde dos Povos 2010 (*Health People 2010*), da *American Public Health Association (APHA)* e da *American Association of Public Health Dentistry (AAPHD)* buscando caracterizar os atributos ideais de um sistema de cuidados em saúde bucal. (54) Este sistema ideal de saúde bucal deveria apresentar os seguintes atributos: estar integrado com o restante do sistema de saúde; ser dada ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças orais e integrá-las à promoção e tratamento das doenças crônicas; monitorar a saúde bucal da população; ser efetivo; desenvolver políticas e ações baseadas nas melhores evidências; ser custo-efetivo; ser sustentável economicamente; ser universal; ser equitativo; ser integral, provendo serviços de saúde

bucal preventivos, restauradores e reabilitadores; ser ético; oferecer contínua avaliação de qualidade e confiança; ser culturalmente competente, ou seja, ter habilidade de interagir com pessoas de diferentes culturas, respeitando seus costumes, crenças, valores e necessidades e finalmente; estimular o empoderamento individual e comunitário para criar condições condutivas à saúde. (54)

## 8. COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA APS

A Associação para Educação Dental na Europa define sete domínios de competência necessários ao CD generalista: profissionalismo; habilidade de comunicação interpessoal; conhecimento base, informação à mão e pensamento crítico; informação clínica reunida; diagnóstico e plano de tratamento, estabelecimento e manutenção da saúde bucal e promoção da saúde. Nestes três últimos domínios são definidas as ações nas quais o cirurgião-dentista generalista deve saber atuar. Porém este limite de atuação entre generalista e especialista nem sempre é muito claro. Em países com tradição em treinar dentistas especialistas, como EUA, Reino Unido e países Escandinavos, há melhor definição de atividades clínicas e competências por ambos, em contrapartida em países como França, Alemanha, Espanha e Itália as especialidades odontológicas não são oficialmente reconhecidas, trazendo importantes implicações para a saúde pública e seus consumidores. (55)

Neste mesmo estudo descreve-se o perfil desejado do dentista generalista em países com economias desenvolvidas. Segundo ele, o perfil deste novo CD é definido pela tendência epidemiológica e variação das doenças na população e reflete a necessidade de se reconhecer que a saúde bucal faz parte da saúde geral. (55)

Estes novos CDs generalistas devem trabalhar de acordo com a estrutura legal e ética do país em que atuam, buscando o melhor interesse do paciente, provendo acesso à saúde bucal a toda a população, além de ter habilidade de comunicação apropriada para averiguar no que os pacientes acreditam e seus valores, proporcionando tratamento adequado. Além disto, devem saber trabalhar com os princípios da equidade e diversidade, ter competência clínica para diagnosticar e tratar as doenças orais mais comuns, incluindo conhecimentos de prevenção e promoção da saúde e implementando para tanto estratégias individuais e coletivas. (55)

Outras competências dos CD generalistas envolvem: saber satisfazer as demandas públicas, serem capazes de prover cuidado para populações especiais (especialmente idosos com problemas de saúde geral, por exemplo, considerando o envelhecimento da população mundial), buscar desenvolvimento profissional contínuo e sua prática clínica deve refletir a base de evidências corrente. Espera-se também que estes tenham habilidade para saber suas próprias limitações e acessar apropriadamente o conselho dos especialistas, mantendo a responsabilidade pela saúde bucal fornecida aos seus pacientes. Além disso, pelo seu conhecimento técnico, ele é o líder da equipe de saúde bucal devendo ter habilidade de se comunicar, delegar e colaborar com esta equipe e com outros profissionais de saúde e pelo seu conhecimento técnico, também é responsável pelo diagnóstico, plano de tratamento e controle de qualidade do tratamento bucal oferecido. Ter habilidade para trabalhar no âmbito público e privado é também uma característica desejada, em função da crescente demanda por serviços restaurativos estéticos na Europa. (55)

## 9. PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DA APS BRASILEIRA

Ao longo das últimas décadas mudanças também foram observadas no perfil do cirurgião-dentista brasileiro. (56) Em 2009 eram 220.000 cirurgiões-dentistas com inscrições ativas no Conselho Federal de Odontologia (CFO), formados em 197 cursos cadastrados segundo o Censo da Educação Superior de 2008, representando 9.000 novos profissionais no mercado de trabalho anualmente. (56)

Segundo dados de 2009 a proporção de 1 dentista para cada 838 brasileiros destoa da proporção mundial que é de 1 dentista para cada 62.595 habitantes, ou seja, o Brasil concentra 20% dos cirurgiões-dentistas do mundo, porém a distribuição interna destes profissionais é desigual no território nacional. Os cirurgiões-dentistas estão concentrados nas capitais e nos municípios de maior porte populacional e com maior PIB per capita. Assim, os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro concentram 57% dos profissionais do país. (56)

As mulheres são maioria nos 25 dos 27 estados brasileiros, representado 56,3% das inscrições ativas de cirurgiões-dentistas no Brasil, predominância esta que pode ser observada desde o final da década de 90. A faixa etária predominante está entre 26 à 35 anos, sendo que 57,4% dos dentistas brasileiros tem até 40 anos. As mulheres são expressivamente mais numerosas nas faixas etárias mais jovens, o que mostra uma transição no perfil do dentista brasileiro. (56)

Este estudo mostrou também aspectos como a progressiva incorporação de tecnologia, a crescente especialização dos profissionais, a redução no exercício liberal estrito, a popularização dos sistemas de odontologia de grupo e o aumento do número de profissionais com vínculo público em função principalmente da expansão da ESF e dos CEO nos últimos anos (27% dos Dentistas com cadastro no SCNES). (56)

Os profissionais que atuam na assistência odontológica no SUS, segundo dados do SCNES de outubro de 2009, são em sua maioria mulheres (58%), possuem somente graduação (84%) e tem menos de 40 anos (68%), mostrando o SUS como oportunidade de primeiro emprego e também da necessidade de investimento em educação permanente destes profissionais. A pouca preparação para atuar no serviço público também se evidencia quando apenas 1430 profissionais estavam registrados no CFO em 2009 como especialistas (*latu senso*) em Saúde Coletiva, e demais nomenclaturas relacionadas, que são as especialidades com este fim. O mesmo se vê na formação *stricto senso* (mestrados e doutorados) onde menos de 3% dos discentes matriculados cursam Saúde Coletiva e demais nomenclaturas relacionadas. Este quadro, no entanto, pode se referir ao fato de que alguns cirurgiões-dentistas procuram programas mais abrangentes, em geral de caráter multidisciplinar, número este não contabilizado na pesquisa que levou em conta cursos oferecidos em faculdades de odontologia. (56)

## 10. ESCOPO DAS AÇÕES DA SAÚDE BUCAL NA APS

Em função da diversidade de cenários, modelos e organizações adotados pelos governos das diferentes nações é difícil determinar o escopo das ações da saúde bucal na APS que sirva para todos. A determinação destas ações deve levar em conta as necessidades sociais e epidemiológicas da população local e os recursos humanos e financeiros disponíveis.

Para o Brasil, segundo a PNSB, as ações de promoção e proteção da saúde na APS compreendem a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor para controle e prevenção da cárie. Já as ações de recuperação incluem o diagnóstico e tratamento das doenças mais prevalentes (cárie, doença periodontal,

câncer de boca, fissura de lábio/palato, má oclusão e fluorose), com a priorização de tratamentos conservadores, em contraponto às ações mutiladoras (extrações dentárias) desenvolvidas até então. A priorização na identificação precoce de lesões da mucosa bucal também são incluídas no escopo destas ações. (3)

Para ampliação e qualificação da APS, segundo a PNSB, recomenda-se as seguintes ações: (3)

- Prevenção e controle do Câncer Bucal através da realização rotineira de exames para detecção precoce de lesões e do encaminhamento e acompanhamento das lesões suspeitas; (3)

- Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento de acordo com a realidade local, avaliando a situação de risco à saúde bucal já na consulta de urgência e orientando o retorno do usuário para tratamento, reforçando a conduta de manejo também das questões agudas na APS; (3)

- Inclusão de procedimentos mais complexos na APS com a finalidade de aumentar impacto e a cobertura da mesma, através do aumento do vínculo, ampliação a credibilidade e o reconhecimento do serviço público odontológico. Esta ação pode incluir de acordo com a realidade local, por exemplo, atividades como pulpotomias, restaurações dentárias com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, a fase clínica da instalação de próteses dentárias e tratamentos periodontais que não requeiram procedimentos cirúrgicos. Assim, nitidamente tenta-se suprimir a falta de serviços odontológicos de nível secundário estruturados no país, ampliando o escopo da atenção primária, buscando legitimar e dar maior resolutividade aos serviços prestados nesta. Estes problemas ficam ainda mais evidentes em municípios de pequeno porte onde a dependência do processo de regionalização insipiente, na maioria das regiões ainda nos dias de hoje, torna a situação ainda mais crítica. A fragilidade da atenção secundária e



terciária odontológica pública brasileira é reconhecida na PNSB sugerindo-se a sua expansão e qualificação através dos CREO (Centros de Referência de Especialidades Odontológicas) que abrangeriam, por exemplo, conforme a necessidade local, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodônticos, dentística e cirurgias mais complexas. (3)

- Inclusão da reabilitação protética na atenção básica relacionados a fase clínica da instalação de próteses dentárias que abrange a moldagem, adaptação e acompanhamento das mesmas. Esta ação teria a intenção de aumentar o acesso do usuário aos procedimentos referentes às próteses dentárias da atenção especializada, trazendo para a atenção básica a fase clínica, evitando assim o deslocamento do usuário até o serviço secundário e otimizando as ações realizadas por este. Novamente, nas entrelinhas, são abordados os problemas da insuficiência dos serviços secundários odontológicos no Brasil, que correspondiam a aproximadamente 3,5% do total de procedimentos odontológicos em 2004 e tentavam organizar o processo de regionalização insipiente. (3)

- Ampliação do acesso através de abordagens de maior impacto e cobertura, inserindo a saúde bucal nos programas integrais de saúde através da abordagem por linhas de cuidado, prevendo o reconhecimento das especificidades próprias da idade (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso) e por condições de vida (saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos e diabéticos, por exemplo). (3)

Além do Brasil, poucos são os países que definem tão claramente que ações esperam dos profissionais de saúde bucal da atenção primária. Cuba, por exemplo, publicou em 2002 o seu mais recente Programa Nacional de Atenção Estomatológica Integral para a População. Neste documento o governo Cubano define ações de Saúde

Bucal para todos os profissionais de saúde nos três níveis de atenção, inclusive definido a interface entre estes. (4) Já a Inglaterra publicou vários documentos endereçados a saúde bucal e em especial às ações dos primeiro nível de atenção, porém todos os documentos dão ênfase às ações de promoção da saúde incorporadas recentemente, com um diferencial, todas as definições propostas são baseadas nas melhores evidências encontradas na literatura. (4,5,6)

## 11. AVALIAÇÃO

Dada a variação de cenários apresentados anteriormente quanto à organização da APS e as diferentes realidades epidemiológicas encontradas a nível mundial, a avaliação surge como ferramenta necessária à adequação dos serviços de saúde às necessidades da população a quem eles se destinam. A avaliação é retratada por alguns como uma responsabilidade institucional e da importância de sua incorporação no cotidiano das equipes de saúde, gestores e comunidade. (57)

Os processos de avaliação constituem-se de decisões conceituais e metodológicas a partir da escolha de alguns critérios principais, como por exemplo: objetivo da avaliação; a posição do avaliador; o enfoque a ser priorizado; a metodologia predominante; o contexto da avaliação; o tipo de juízo formulado e finalmente, a temporalidade da avaliação. A partir da combinação de tais critérios é possível identificar três grandes tipos de avaliações em saúde: a pesquisa de avaliação, a avaliação para decisão e a avaliação para gestão. (58)

A pesquisa de avaliação tem com objetivo a produção de um conhecimento reconhecido pela comunidade científica e é geralmente desenvolvida por instituições acadêmicas, onde há distanciamento necessário do avaliador quanto ao objeto a ser avaliado. Sua principal questão é o impacto produzido pelas ações a serem avaliadas

identificando relações de causalidade, independente das posições que as orientam e para tanto utiliza-se predominantemente da metodologia quantitativa procurando-se uma generalização do observado e com controle sobre o contexto. A informação produzida trata-se de um conhecimento a ser utilizado com pressuposto inicial para novas pesquisas ou ações. Em função de suas características, tais pesquisas costumam ter custo elevado e caráter pontual, podendo ser replicadas temporal ou espacialmente para comparar diferentes realidades. Avaliação de tecnologias em saúde quanto às dimensões técnicas e econômicas de tecnologias novas, ou utilizadas em contexto diverso do original ou quando há dúvidas sobre sua efetividade atual é um exemplo deste tipo de avaliação. (58)

Já a avaliação para decisão tem como objetivo produzir respostas às perguntas feitas por aqueles que vivenciam o objeto a ser avaliado, sendo assim a presença do avaliador interno é decisiva. Ela utiliza metodologia quantitativa e qualitativa na tentativa de capturar a complexidade do contexto natural e embora seja pontual tem também natureza corrente quando há a implantação do objeto avaliado. Seus resultados dependem da sua capacidade em se transformar em recomendações assertivas para solucionar os problemas identificados. São exemplos deste tipo de avaliação a construção de consensos ou “*guidelines*”. (58)

Finalmente na avaliação para gestão tem-se como objetivo produção de informação para aprimoramento do objeto avaliado, cujo enfoque é a caracterização de uma condição e sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas. Neste contexto, o avaliador interno é condição necessária, porém há a presença de um avaliador externo e as metodologias quantitativas são novamente dominantes. A informação produzida pretende construir indicadores e aprimorá-los tendo como

resultado a formulação de critérios ou normas para utilização de tais indicadores para avaliação de desempenho dos mesmos. (58)

A relação da avaliação com a qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que se estabelece um juízo ou atribui-se um valor a algo, com referência a um determinado parâmetro que se tem como ideal e busca-se alcançá-lo. (56) Segundo Donabedian, a avaliação da qualidade do cuidado clínico pode ser mensurada através de duas dimensões: a qualidade técnica do cuidado e a qualidade da relação interpessoal entre profissional da saúde e paciente. A qualidade técnica diz respeito à capacidade de melhoria da situação de saúde através da aplicação da conduta mais eficiente de acordo com a ciência e tecnologia corrente, no momento mais adequado para tal. Já a relação interpessoal é um fator mais difícil de ser avaliado, pois apresenta inúmeras representações individuais e coletivas como privacidade, confidencialidade, honestidade, empatia, sensibilidade e tato. (59)

Para Donabedian, no entanto, não é possível avaliar a qualidade do cuidado através meramente da mensuração da oferta de serviços ou do desempenho do profissional de saúde, mas enfatizando o tipo de cuidado recebido pelo paciente e do cuidado recebido pela comunidade. Neste caso, não basta avaliar apenas o acesso ao cuidado, ou quem recebeu o cuidado, mas quem recebeu este cuidado com maior ou menor qualidade. Há ainda uma dimensão da qualidade que é a responsabilização mútua pelo cuidado, que deve ser dividida entre provedor e consumidor e está fortemente relacionada com a qualidade da relação interpessoal. (59)

Outro aspecto que é fundamental para a avaliação da qualidade é o quão amplo ou restrito é o conceito de saúde utilizado. A abrangência do conceito de saúde implica diretamente na avaliação do desempenho dos serviços de saúde e dos profissionais, pois amplia a lista de responsabilidades. Neste caso, a dimensão avaliada não diz respeito

meramente a aspectos fisiopatológicos do cuidado, mas pode incluir condicionantes psicossociais e socioeconômicos. (59)

Donabedian sugere que algumas informações são necessárias para avaliar a qualidade do cuidado e divide tais informações em três categorias: estrutura, processo e resultados. Estrutura seriam os atributos das configurações em que os cuidados ocorrem, ou seja, os recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), os recursos humanos (como o número e qualificação dos profissionais de saúde) e sua estrutura de organização. Já processo diz respeito ao que é realmente feito para ofertar e receber cuidados, ou seja, as atividades do paciente na procura de cuidados e sua realização, bem como atividades do profissional em fazer um diagnóstico e recomendar ou implementar o tratamento. E finalmente, resultado denota os efeitos do tratamento sobre o estado de saúde dos pacientes e populações, então considerando-se uma definição ampla de saúde, mudanças comportamentais para um estilo de vida saudável e o grau de satisfação do paciente com o cuidado são também incluídas nesta classificação. (59)

Para definição de instrumentos de avaliação de programas de saúde é necessário reconhecer quem é o “*decision maker*”, que tipo de decisão deve ser tomada e quem será influenciado pelos achados. No modelo proposto por Habitch et al (60) há dois eixos fundamentais para estes tipos de avaliação: o que se quer medir em termos de indicadores? E o quão certo o “*decision maker*” quer estar com os resultados? Neste sentido as bases conceituais propostas por Habitch et al apontam que instrumentos de avaliação de serviços de atenção primária devem considerar se o indicador avaliado está adequado ao uso que este instrumento terá pelo “*decision maker*” e garantir um grau de confiabilidade nos resultados através de uma inferência causal adequada (adequação, plausibilidade e probabilidade). (60)

O instrumento deve permitir que os critérios utilizados para avaliar os resultados do programa sejam adequados. Em geral a adequação deve considerar os diferentes tipos de indicadores de desempenho (oferta, utilização e cobertura das ações) e de impacto (em saúde ou em comportamentos). Já a plausibilidade dos resultados significa a garantia de que os desfechos não sofreram interferência de variáveis confundidoras através da escolha de grupos de controle. De acordo com a medida estudada, vários delineamentos de estudo podem ser utilizados aumentando, em alguns casos, a complexidade do desenho de estudo. E finalmente, a probabilidade é um dos critérios para avaliar a inferência causal e diz respeito em que medida podemos afirmar que a diferença dos resultados encontrados entre grupo intervenção e controle se deve ao acaso. (60)

## 12. AVALIAÇÃO DA APS

O PCATool, instrumento de avaliação da atenção primária, foi concebido na *Johns Hopkins School of Public Health*, nos Estados Unidos e tem como objetivo avaliar o grau de orientação dos serviços de saúde à atenção primária através da delimitação de sete dimensões que relacionam-se com os sete atributos da APS (4 essenciais e 3 derivados) definidos por Barbara Starfield e descritos anteriormente. Este instrumento avalia a partir das experiências dos usuários (adultos e crianças através de seus cuidadores) e de profissionais de saúde, em versões distintas, alguns aspectos das dimensões de estrutura e processo definidas por Donabedian, sendo possível a relação com indicadores de resultados de interesse do avaliador, a depender do delineamento utilizado para sua aplicação. (10,11). Levando-se em conta os postulados de Habicht, o PCATool apresenta medidas adequadas ao objetivo de avaliar a orientação aos

princípios da APS, desta forma atende as expectativas dos gestores em quantificar as orientações dos serviços de saúde. Dependendo do delineamento de estudo e das medidas de desfecho e efeito que se pretende obter este instrumento apresentará plausibilidade e probabilidade adequadas ao inferir relações de causa e efeito entre indicadores de impacto em saúde e a orientação para atenção primária. (60)

Este instrumento também permite avaliação de diferentes serviços de APS, sejam eles públicos ou privados, de formação de recursos humanos para saúde ou exclusivos para assistência e possui versões validadas no Brasil para avaliação por usuários do cuidado prestado a adultos e crianças. (12,61) Porém, apesar do construto teórico do PCATool serem as ações desenvolvidas em serviços de saúde de atenção primária, nos Estados Unidos estes serviços caracterizam-se por serem uma atenção prestada apenas por enfermeiros e médicos, situação distinta do contexto brasileiro. Sendo assim, embora haja instrumento adequado e validado no Brasil para estas mensurações, o PCATool-Brasil ainda precisa ser adaptado para a realidade do SUS onde equipes multidisciplinares atuam na APS, incluindo os cirurgiões-dentistas, para que possa medir adequadamente o que se propõe também com relação à saúde bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organization for Economic Co-operation and Development. Ministerial Meeting of Social Policy. Growing income inequality in OECD countries: what drives it and how can policy tackle it? Published in Forum on Tackling Inequality. Paris, 02 may 2011. Acesso em 15 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/32/20/47723414.pdf>
- (2) World Health Organization. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme World Health Organization, 2003. Acesso em 30 de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5409.pdf>
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- (4) National Health System. Department of Health: Dental and Ophthalmic Services Division. Choosing Better Oral Health: An Oral Health Plan for England. Best Practice Guidance, 14 november 2005.
- (5) National Health System. DH/British Association for the Study of Community Dentistry. Delivering Better Oral Health: An evidence-based toolkit for prevention. Best Practice Guidance, 26 september 2007.
- (6) National Health System. Department of Health: Dental and Eye Care Services. Valuing People's Oral Health. A good practice guide for improving the oral health of disabled children and adults. Best Practice Guidance, 21 november 2007.



- (7) Starfield B. *Atenção Primária e sua relação com a saúde. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- (8) Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Havana, febrero de 2002.
- (9) Chen M., Andersen R.M., Barmes D.E., Leclercq M-H., Lyttle C.S. *Comparing oral health care systems: a second international collaborative study.* Geneva: World Health Organization in collaboration with The University of Chicago Center for Health Administration Studies; 1997.
- (10) Cassady C., Starfield B., Hurtado M., Berk R., Nanda J., Friedenberq L., *Measuring consumer experiences with primary care.* Pediatrics. 2000;105 (4 Pt 2): 998-1003.
- (11) Shi L., Starfield B., Jihaong X. *Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.* J Family Praticce. 2001; 50(2):161-75.
- (12) Harzheim E. Starfield B., Rajmil L., Varez-Dardet C. Stein A.T. *Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil.* Cadernos de Saúde Pública 2006;22(8):1649-59.
- (13) Fendall NR. *Declaration of Alma Ata.* Lancet 1978. 16;2(8103): 1308.
- (14) Pan American Health Organization . *Revisión de las políticas de Atención primaria de salud em América Latina y el Caribe.* Washington , DC. PAHO, 2003.
- (15) Pan American Health Organization. *Special Session on the 25<sup>th</sup> Anniversary of the Declaration of Alma-Ata, 45<sup>th</sup> Directing Council Provisionary Summary.* PAHO publication CD45/SR/4, Washington, DC, 2004.

- (16) Tejada de Rivero D. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health* 2003;8(2):2-7.
- (17) People's Health Movement, editor. *Health for All Now! Revive Alma-Ata! The Alma Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.
- (18) Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde*. Washington, D. C; OPAS/OMS; 2008. 33 p. ilus.
- (19) Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004; 94(11):1864-74.
- (20) Starfield B. Primary Care: Is it essencial? *Lancet*, n. 344, p. 1129-33, 1994.
- (21) Starfield B. Primary Care. *J Ambulatory Care Manage*, v. 16, n.4, p 27-37, 1993.
- (22) Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, maio, 2006.
- (23) Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*, Art 196 a 200, Brasília, 1988.
- (24) Lavor C. *Simpósio de Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Mundo: Papel da Pesquisa, da Advocacia e da Mobilização Social*. XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia 2008: Porto Alegre 2008.
- (25) Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde* 2002; 16(2):105-15. Acesso em 17 de julho de 2011. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2\\_10murialdo.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_10murialdo.pdf)
- (26) Haynes A. Health Care in Brazil. *BMJ* 1993;20;306:503-6.
- (27) Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Gabinete Ministerial nº 648 de 2006*. Brasília; 2006.

- (28) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 2.488 de 2011. Brasília; 2011
- (29) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família, 2011. Acesso 17 de agosto de 2011. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
- (30) Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007;65(10):2070-80.
- (31) Hobedell M.H. Health as a fundamental human right. *British Dental Journal*. 1996; 180:267-270.
- (32) Helderemann W.P., Benzian H. Implementation of a Basic Package of Oral Care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers. *Development and Public Health: Report for WDDHPC mid-year Meeting 2006*.
- (33) World Health Organization. *Writing Oral Health Policy: A Manual for Oral Health Managers in the WHO African Region*. Region Office for Africa. Brazzaville; 2005.
- (34) Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de São Paulo sobre Saúde Bucal nas Américas. I - Encontro Latino-americano de Coordenadores Nacionais de Saúde Bucal. São Paulo; 2006. 7p.
- (35) Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Brasília sobre Saúde Bucal nas Américas. II - Encontro Latino-americano de Coordenadores Nacionais de Saúde Bucal. Brasília; 2009. 6p.
- (36) Australia. Australian Health Ministers' Conference. National Advisory Committee on Oral Health. *Healthy mouths healthy lives: Australia's National Oral health Plan 2004-2013*. South Australia, 2004.

- (37) Spencer, A.J., Harford, J. Symposium: Is it Time for a Universal Dental Scheme in Australia? Inequality in oral health in Australia. University of Adelaide. Australia, October 2007.
- (38) Moysés S.T., Krieger L., Moysés S.J. Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências. São Paulo, Artes Médicas, 2008:01-20.
- (39) Narvai, P.C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Santos, 2002. 120p.
- (40) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 184 de 1991. Brasília; 1991.
- (41) Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 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. Brasília, 1990.
- (42) Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 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. Brasília, 1990.
- (43) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio: análise de resultados, 1998. Acesso em 17 de agosto de 2011. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>
- (44) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 1.444 de 2000. Brasília; 2000.
- (45) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família, 2011.

Acesso em 17 de agosto de 2011. Disponível em:

[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

(46) Lourenço E.C., Silva A.C.B., Meneghin M.C., Pereira A.C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl.1): 1367-1377, 2009.

(47) Baldani M.H., Fadel C.B., Possamai T., Queiroz M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4): 1026-1035, jul-ago, 2005.

(48) Pereira C.R.S.P., Patrício A.A.R., Araújo F. A.C., Lucena E.E.S., Lima K.C., Roncalli A.G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5): 985-996, mai, 2009.

(49) Nascimento A.C, Moysés S.T., Bisinelli J.C., Moysés S.J. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança na prática ou diversionismo semântico. *Revista Saúde Pública* 2009; 43(3):455-462.

(50) Roncalli A.G., Souza T.M.S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11): 2727-2739, nov, 2007.

(51) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 599 de 2006. Brasília; 2006.

(52) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 600 de 2006. Brasília; 2006.

(53) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cidades Atendidas: Centros de Especialidades

Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, 2001. Acesso em 17 de agosto de 2011. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/cnsb/cidades\\_atendidas.php](http://dab.saude.gov.br/cnsb/cidades_atendidas.php)

(54) Tomar S.L., Cohen L.K. Attributes of an ideal oral health care system. *Journal of Public Health Dentistry*. 2010; 70, S6-S14.

(55) Sanz M., Treadsure E., Dijk W.van, Feldman C., Groeneveld H., Kellett M., Pazdera J., Rouse L., Sae-Lim V., Seth-Smith A., Yen E., Zarkowski P. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. *European Journal of Dental Education*. 2008; (Suppl. 1), 101-110.

(56) Morita M.C., Haddad A.E., Araújo M.E. Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro. Maringá, Dental Press International, 2010: 96p.: il.

(57) Takeda S., Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 564-576, 2006.

(58) Novaes H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5): 547-59, 2000.

(59) Donabedian A. The Quality of Care. *JAMA*, Sept 23/30, 1988 – Vol 260, nº 12.

(60) Habicht J.P., Victora C.G., Vaughan J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28:10-18.

(61) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária: Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil. Brasília, 2010. Acesso em 15 de novembro de 2011. Disponível em: [http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Manual\\_PCATool\\_VF.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Manual_PCATool_VF.pdf)

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Propor um instrumento de avaliação de APS na área de saúde bucal.

### **Objetivo Específico**

- Adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários dirigido à saúde bucal;
- Construir consenso entre experts na área de Atenção Primária à Saúde Bucal sobre ações que compõe o cuidado odontológico integral em APS, para adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários com relação ao item integralidade;
- Verificar quais das ações definidas pelos experts encontram-se descritas em documentos oficiais e protocolos nacionais e internacionais.

**ARTIGO****ADAPTAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-BRASIL VERSÃO  
USUÁRIOS DIRIGIDO À SAÚDE BUCAL: UMA REFLEXÃO SOBRE AS  
ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.****ADAPTATION OF THE PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-BRAZIL  
USERS VERSION DIRECTED TO THE ORAL HEALTH: A REFLECTION ON  
THE DUTIES OF DENTISTS IN PRIMARY CARE.**

Liége Teixeira Fontanive<sup>1</sup>

Paulo Vinicius Nascimento Fontanive<sup>1</sup>

Erno Harzheim<sup>2</sup>

Caren Serra Bavaresco<sup>3</sup>

1. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
3. Cirurgiã-Dentista (UFRGS), Mestre e Doutora em Bioquímica (UFRGS). Preceptora da Residência Multiprofissional do SSC-GHC e Consultora do Projeto Telessaúde RS.

Correspondência

Liége Teixeira Fontanive

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua dos Tubarões, nº 372 – casa 179 – Condomínio Miramar I

Bairro Ingleses do Rio Vermelho – Florianópolis – Santa Catarina.

CEP: 89058-690

liegefontanive@gmail.com

**\*Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública**



## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta hoje com quase 23.000 equipes de saúde bucal. Portanto, o desafio para o sistema de saúde é também avaliar e qualificar a rede já construída. O Primary Care Assessment Tool (PCATool) Brasil, documento validado, adaptado e amplamente utilizado no país avalia a orientação dos serviços de saúde prestados por médicos e enfermeiros quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir das experiências dos usuários e dos profissionais. Porém, a falta de instrumentos validados que possibilitem a avaliação dos serviços odontológicos de APS constitui-se numa lacuna a ser resolvida. Assim, o objetivo deste estudo é adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários à saúde bucal, através da construção de um consenso entre experts na área de saúde bucal em APS sobre as ações que compõe o cuidado odontológico integral. Para tanto, um estudo do tipo Delphi avaliou instrumento base contendo 50 ações relacionadas à Integralidade em Odontologia na APS. Através de processos iterativos os 36 experts selecionados em todo o país consensuaram lista de ações que deveriam compor o domínio integralidade do instrumento PCATool-Brasil. Como resultado, uma relação de 46 ações com alto grau de consenso foi estabelecida pelo grupo de experts. Verificou-se que 85% das ações eram encontradas em algum documento oficial, protocolo ou linha guia avaliada. O estudo contribui para a adaptação de um instrumento que avalie os serviços odontológicos segundo os atributos da APS definidos por Starfield, além de discutir os limites da APS em saúde bucal, as competências do especialista em APS e os papéis dos demais níveis de atenção.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Delphi, Avaliação.

## ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) now has almost 23,000 oral health teams. So the challenge for the health system is also evaluating and qualifying the network ever built. The Primary Care Assessment Tool (PCATool) Brazil, document validated, adapted and widely used in the country evaluates the orientation of health services provided by doctors and nurses about the attributes of the Primary Health Care (PHC) from the experiences of users and professionals. However, the lack of validated instruments that enable the evaluation of dental services of PHC constitutes a gap to be resolved. Therefore, the objective of this study is to adapt the instrument PCATool Brazil-version users to oral health, by building a consensus among experts in the field of oral health in PHC about the actions that make up the dental care integrality. To this end, a Delphi-type study evaluated instrument containing 50 actions related to the integrality of the PHC in oral health. Through iterative processes the selected 36 experts across the country agreed upon list of actions that should make up the integrality domain of the instrument PCATool-Brazil. As a result, a list of 46 activities with a high degree of consensus was established by the group of experts. It was found that 83% of the procedures were found in any official document, protocol or guideline evaluated. The study contributes to the adaptation of an instrument to assess dental services according to the PHC attributes defined by Starfield, and discusses the boundaries of oral health PHC, the PHC specialist's skills and roles of other levels of care.

**Key words:** Oral Health, Primary Health Care, Delphi, Avaluation.

## INTRODUÇÃO

As bases teóricas da Atenção Primária à Saúde (APS), originadas durante a Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, em 1978, fomentaram o desenvolvimento de inúmeros modelos organizacionais para os Sistemas Nacionais de Saúde (1). Desta forma, a Atenção Primária pode representar um programa seletivo como uma “cesta” limitada de serviços, um dos níveis de atenção correspondendo aos serviços médicos ambulatoriais não-especializados de primeiro contato, ou de forma abrangente, a uma forma de organização do sistema de saúde concebendo este como um modelo assistencial (2).

Esta última representação segue as bases conceituais elaboradas por Starfield quanto aos atributos que a APS deve apresentar como modelo assistencial. A Atenção Primária à Saúde abrangente define características que, combinadas, são exclusivas da APS, como: oferecer a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornecer atenção sobre a pessoa (não para a enfermidade), no decorrer do tempo (longitudinalidade); fornecer atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (organizar e racionalizar o uso de todos os recursos – básicos e especializados) (3).

Estudo comparando 12 países industrializados indica que, nações com uma orientação mais forte para APS possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos, para tanto foram avaliadas 11 características e estas relacionadas com indicadores de saúde e de eficiência dos sistemas de saúde. Estes achados sugerem que a sustentabilidade e eficiência de sistemas nacionais de saúde dependem do grau da orientação das políticas e serviços em saúde à APS (3).

Países da Europa organizaram a Atenção à Saúde de duas formas: através de Sistemas Nacionais de Saúde ou por meio de Seguro Saúde. Independentemente da modalidade de financiamento da atenção estes apresentam, em sua maioria, o profissional médico generalista (*General Practitioner*) como primeiro contato. As formas de financiamento, o papel de coordenador do cuidado, o controle sobre os demais níveis de atenção e, principalmente, os limites de atuação do médico generalista

apresentam grande heterogeneidade entre os países europeus. É importante salientar, no entanto, que mesmo frente à diversidade organizacional na União Europeia a APS apresenta papel central como ordenadora do sistema em todos os países avaliados (4).

No Brasil a Atenção à Saúde Bucal transitou de um modelo de Seguro Saúde (INAMPS) para um Sistema Único de Saúde (SUS) de âmbito nacional e acesso universal entre as décadas de 80 e 90 (5,6,7). Em virtude da divulgação de indicadores epidemiológicos que apontavam a absoluta desassistência de considerável fração da população brasileira, a saúde bucal passou a integrar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da portaria 1.444 (8,9,10). A integração ocorreu em meio a mudanças significativas na forma de se fazer APS no país e do seu papel como ordenadora do sistema. Neste sentido, o Brasil Sorridente, política nacional que aliou importante crescimento na oferta de serviços de saúde bucal na APS através da inserção de equipes de saúde bucal na ESF e que contou também com a estruturação de uma rede de atenção secundária na área odontológica (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO), apresentou significativa evolução em virtude do aporte financeiro e de outros mecanismos indutores por parte do Ministério da Saúde (11).

A Estratégia Saúde da Família conta hoje com quase 23.000 equipes de saúde bucal que devem reconhecer a diversidade cultural, social e epidemiológica brasileira e atuar dentro dos princípios da equidade. Além disso, devem ter competência clínica para diagnosticar e tratar as doenças orais mais comuns, incluindo conhecimentos de prevenção e promoção da saúde e implementar tanto estratégias individuais quanto coletivas de manejo clínico. Estas ações desenvolvidas devem estar orientadas pelos atributos da APS. (3, 12)

Busca realizada na literatura sobre estudos que avaliem a orientação das equipes de saúde bucal aos atributos da APS, não evidenciou estudos nacionais com estes fins. De maneira geral os estudos existentes apresentavam comparações entre serviços e sistemas municipais de saúde, além das fragilidades encontradas durante a implantação deste novo modelo (9,13,14,15,16). Instrumentos que avaliem o grau de orientação de serviços de saúde bucal ao conjunto de atributos da atenção primária à saúde não se encontram adaptados ou validados à realidade dos serviços de saúde no Brasil. Desta forma, dada a magnitude e importância para avaliação dos serviços de saúde, a adaptação de instrumentos como o PCATool-Brasil, já validado para serviços médicos e de enfermagem, é de suma relevância para o Sistema Único de Saúde e para a qualificação da atenção à saúde bucal. (17,18)

Este estudo, portanto, tem como objetivo construir consenso entre experts na área de Atenção Primária em Saúde Bucal sobre ações que compõe o cuidado odontológico integral em APS, para adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários com relação ao atributo integralidade.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo configura-se na primeira etapa de validação do instrumento PCATool-Brasil versão usuários adultos, que consiste na adaptação da linguagem e conteúdos do mesmo à realidade dos serviços de Atenção Primária de Saúde Bucal brasileiros e sua população-alvo. Após análise do instrumento já validado no Brasil versão para usuários dos serviços médicos e de enfermagem de atenção primária, verificou-se que entre os sete atributos que compõem o questionário apenas o domínio integralidade (serviços disponíveis/serviços prestados) não avaliava adequadamente esta dimensão com relação à saúde bucal. Os outros seis domínios (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção, orientação familiar e comunitária e competência cultural) sofreram apenas adaptações de linguagem substituindo-se nas perguntas a referência médico/enfermeiro por dentista e acrescentando a palavra bucal aos serviços de saúde.

Em seguida, utilizou-se a Técnica Delphi para construir um consenso entre experts com relação ao atributo integralidade do referido instrumento. Esta metodologia tem como característica um processo sistemático e repetitivo que difere dos métodos coletivos de consenso com interação face a face, por reduzir o efeito da contaminação entre os participantes e por realizar a retroalimentação com as estatísticas geradas em cada rodada de participação. Dada a estabilização na opinião dos participantes este tipo de estudo pode apresentar inúmeras rodadas. A participação dos experts pode se dar através de correio eletrônico, telefone ou fax, porém neste estudo optamos pela participação através da primeira alternativa. A cada nova rodada de iteração os participantes recebiam uma mensagem de texto nos seus celulares, orientando o início das atividades, com o objetivo de mantê-los informados e motivados para participação no estudo. (19)

Este estudo, de abrangência nacional, contou com a participação de representantes das cinco regiões geopolíticas brasileiras. Foram 36 (trinta e seis) cirurgiões-dentistas (CD) assim distribuídos: 10 (dez) CD atuando na ESF; 16

(dezesseis) CD responsáveis pela produção de conhecimento em Odontologia na APS e outros 10 (dez) CD ordenadores das Políticas Odontológicas de APS. (19)

Na seleção da amostra, dos trinta e seis cirurgiões-dentistas que participaram do estudo Delphi, foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- 10 (dez) CD atuando na ESF: Dentre os 2.676 municípios brasileiros que preenchem os critérios de alta cobertura populacional de ESF e equipes de Saúde Bucal na ESF (100 e 80% respectivamente, segundo dados do DATASUS de março de 2009), foram selecionadas de forma aleatória dez cidades. Estes municípios foram selecionados de tal forma que representassem igualmente as cinco regiões geopolíticas brasileiras (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) e também os cinco diferentes portes populacionais classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (até 5 mil habitantes, 5 a 20 mil, 20 a 100 mil, 100 a 500 mil e mais de 500 mil habitantes) com dois participantes em cada uma destas classificações. Com esta dinâmica foram selecionados os seguintes municípios: Aceguá (RS), Amparo (SP), Apucarana (PR), Aracaju (SE), Chapada dos Guimarães (MT), João Pessoa (PB), Nova Olinda do Norte (AM), Rio Claro (RJ), Santo Antônio de Goiás (GO) e Santana (AP). A partir daí a Coordenação Municipal de Saúde Bucal da cidade selecionada, indicou um cirurgião-dentista. Este profissional deveria estar atuando na Estratégia Saúde da Família há no mínimo dois anos neste município em uma mesma unidade de ESF e preferentemente ter pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva ou Saúde da Família.

- 16 (dezesseis) CD responsáveis pela produção de conhecimento em Odontologia na APS assim divididos: 6 (seis) docentes que deveriam lecionar disciplinas com foco na APS em cursos de Graduação ou Pós-Graduação em Odontologia (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva ou Saúde da Família); 5 (cinco) Preceptores/Tutores de Odontologia das Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva ou Saúde da Família e 5 (cinco) Pesquisadores que deveriam possuir produção em Odontologia em Saúde Coletiva com índice H > 3 (índice de impacto das publicações maior do que 3). Todos deveriam estar exercendo a função há pelo menos dois anos.

- 10 (dez) CD ordenadores das Políticas Odontológicas de APS assim divididos:

- 2 (duas) Sociedades convidadas: a ABRASBUCA (Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva) e a ABOPREV (Associação Brasileira de

Odontologia de Promoção da Saúde) que indicaram seus representantes, pois são entidades representativas na área de Saúde Bucal Coletiva de âmbito nacional;

- 3 (três) Gestores Municipais: os Cirurgiões-Dentistas Coordenadores de Saúde Bucal na APS dos municípios de Curitiba (PR), Campinas (SP) e Campo Grande (MT). Tais municípios foram escolhidos por terem a atenção odontológica estruturada e seus gestores terem experiência de mais de dois anos na função;

- 2 (dois) Gestores Estaduais: os Coordenadores da área de odontologia na APS, ou cirurgiões-dentistas indicados por estes, dos estados de Minas Gerais e Santa Catarina, que tinham pós-graduação em Saúde Pública e experiência na função há mais de dois anos. Tais estados foram escolhidos por possuírem coordenações de saúde bucal que se destacaram e por apresentarem grande cobertura de equipes de saúde bucal na ESF, 68% e 81% respectivamente, segundo dados do SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) de junho de 2009;

- 1 (um) Gestor Federal: um cirurgião-dentista com pós-graduação em Saúde Pública, ligado a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde há pelo menos dois anos;

- 1 (um) representante dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO): o cirurgião-dentista deveria ter pós-graduação na área de Saúde Coletiva e estar ligado à entidade há no mínimo dois anos, para tanto foi convidado um representante do CRO do estado do Rio Grande do Sul.

O instrumento inicial utilizado neste estudo foi elaborado pela coordenação da pesquisa com base na revisão da literatura nacional e internacional (11,20,21,22,23,24,25,26,27) e era composto por 50 ações relacionadas à Integralidade (serviços prestados e oferecidos) em Odontologia na Atenção Primária. Nesta oportunidade os participantes do estudo foram convidados a refletir e decidir quais das atividades propostas deveriam compor o rol de ações da Saúde Bucal na Atenção Primária, podendo para isto escolher se cada uma das ações deveria ou não permanecer no instrumento e classificá-las, a partir de uma escala likert composta de três categorias assim descritas: certamente importante, importância moderada e certamente não importante, além de poderem inserir novas ações até a 4ª rodada do estudo. O instrumento oferecia aos participantes, a partir da segunda rodada, a possibilidade de visualizar suas respostas da rodada anterior e as estatísticas das respostas dadas pelo

grupo, podendo assim rever suas opiniões até a estabilização das respostas. Antes da coleta de dados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado por meio eletrônico e deveria retornar assinado pelo participante por e-mail ou correio.

Neste tipo de estudo a cada nova rodada as respostas dadas para cada ação tendem a se concentrar diminuindo sua dispersão. Para estabilização das respostas, definindo a inclusão ou não do tema como prioritário, foi realizado o seguinte cálculo: a variação relativa da amplitude interquartis entre duas rodadas deveria ser inferior à 0,05 para que o tema tenha atingido a estabilidade referencial. Para definir o número de rodadas do estudo foi convencionado que a proporção de mudança de opinião quanto à exclusão ou inclusão do tema, na rodada anterior à final, deverá ser inferior a 10% dos participantes. (19) Para representar o atributo integralidade, as ações avaliadas precisavam de 80 a 100% de concordância entre os participantes do estudo de que estas ações compunham o cuidado integral em saúde bucal na APS. Este percentual foi definido previamente pela coordenação do estudo.

Cada um dos participantes selecionados tinha um prazo de quinze dias, estabelecido em cronograma enviado previamente, para responder o instrumento em cada uma das rodadas. As observações e sugestões enviadas para a inclusão de novos itens foram avaliadas pela coordenação do estudo, os autores deste artigo, sendo sumarizadas e mantendo-se o sigilo de sua origem.

Após o término do estudo Delphi as ações aprovadas para integrar o atributo integralidade passaram por uma adaptação de amplitude nacional da linguagem técnica odontológica para linguagem coloquial. Tal adaptação incluiu quarenta usuários de serviços de saúde bucal da APS das cinco regiões do país, de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias acima de dezoito anos e de diferentes graus de escolaridade, inclusive incluindo representantes indígenas.

O Presente estudo obedece aos princípios éticos contidos na Declaração de *Helsinki* e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e está registrado sob o número 10-002.

## **RESULTADOS**

O estudo Delphi, que ocorreu entre setembro de 2009 e maio de 2010, apresentou cinco rodadas até atingir estabilidade nas respostas dos 36 participantes quanto às ações que compunham o cuidado integral em Saúde Bucal na Atenção



Primária à Saúde. Durante estas rodadas a média de participação foi de 33 indivíduos, sendo a 2ª e a 4ª rodadas as que tiveram maior e menor participação respectivamente (35 e 31 cirurgiões-dentistas). Cada rodada teve duração de quinze dias, com exceção da 4ª rodada que levou 52 dias para ser finalizada.

A Tabela 1 descreve o perfil global dos Cirurgiões-Dentistas participantes e aponta para uma distribuição igualitária quanto ao gênero masculino e feminino (50%), com média de idade de 47,2 anos e desvio padrão de 11,7 anos. A maioria destes cirurgiões-dentistas (38,9%) encontrava-se na faixa de 41 a 50 anos e tinham, em média 23,4 (12,5) anos de tempo de conclusão na graduação em odontologia, tendo sido a universidade pública o local preferencial desta formação em 63,9% dos casos. Quanto à pós-graduação em Saúde Pública e áreas afins (Odontologia Preventiva e Social/Saúde Coletiva/Saúde da Família) 87% dos participantes do estudo possuíam esta formação seja através de especialização, residência multiprofissional, mestrado ou doutorado, os 13% restantes constituíam-se prioritariamente por profissionais de saúde que vieram de municípios selecionados onde não havia profissionais com esta formação.

A Tabela 2 analisa os três grupos separadamente. O grupo dos ordenadores de políticas públicas (gestores, sociedades e conselhos) apresentou maior média de idade (57,3 anos), maior tempo de conclusão da graduação (34,3 anos) assim como sua formação (80%) foi feita preferencialmente em faculdades públicas. Em contrapartida, o grupo de profissionais da ESF apresentou média de idade menor (37,3 anos) e menor tempo de conclusão da graduação (11,5 anos) que foi feita, em sua maioria, em faculdades particulares (60%).

O instrumento construído pela coordenação deste estudo apresentava inicialmente 50 itens e já na 2ª rodada recebeu sugestões de ações a serem incluídas no instrumento: busca ativa de usuários, estímulo a realização de ações intersetoriais, identificação de subpopulações em situação de risco em conjunto com a equipe e realização de levantamentos epidemiológicos locais (estimativa rápida), sendo que a última ação teve sua redação alterada para realização de levantamentos de necessidade locais nas rodadas posteriores.

Durante o processo as seguintes ações foram excluídas do estudo por terem apresentado concordância moderada entre os participantes (79,9 a 60% de consenso) sobre sua inclusão no rol de ações integrais de saúde bucal dos cirurgiões-dentistas da APS: realização de pequenas cirurgias orais, avaliação sobre problemas de mastigação ou fala, orientações e tratamento para xerostomia, orientações sobre dificuldade na

alimentação, busca ativa de usuários e realização de interconsulta. Da mesma forma, as ações descritas como tratamento de dores articulares (ATM) e moldagem e adaptação para prótese dentária (prótese total e parcial removível) também foram excluídas, tendo alcançado baixa concordância quanto a sua inclusão (consenso inferior à 60%), sendo consideradas certamente não importantes dentre as ações dos cirurgiões-dentistas na APS. Esta última ação descrita (moldagem e adaptação para prótese dentária-prótese total e parcial removível) foi intensamente discutida até a última rodada, gerando, inclusive, um fórum de discussão sobre o assunto mediado pela coordenação do estudo, mantendo-se o anonimato dos participantes durante todo o processo. Nesta oportunidade, foram enviadas cópias eletrônicas das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal brasileira, além do Manual de Especialidades em Saúde Bucal aos cirurgiões-dentistas como o objetivo de subsidiar a discussão.

Na Tabela 3 estão apresentadas as 46 ações definidas pelos participantes do estudo como aquelas a serem desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na APS. A segunda coluna mostra a rodada em que o consenso pela inclusão da ação foi atingido. Já as colunas seguintes mostram respectivamente o alto grau de consenso dos participantes, conforme a definição utilizada pela coordenação deste estudo e descrita na metodologia, na delimitação das ações que deveriam permanecer no instrumento e a proporção de participantes que concordaram com esta inclusão. A última coluna mostra o grau de importância atribuído pelos participantes às ações incluídas (A=certamente importante e B= importância moderada).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo de consenso resultou em 46 ações que compõem o cuidado em saúde bucal na APS. Neste processo, que utilizou-se da Técnica Delphi, a seleção dos 36 experts (participantes selecionados para o estudo) teve preponderância do que se convencionou chamar de especialistas (16 indivíduos compostos por pesquisadores, docentes e preceptores/tutores de residências em saúde bucal na APS), pois de acordo com Rodríguez, quando o que se necessita são informações sobre como atuar, estando claro quem deve fazê-lo este grupo deve ter maior proporção no estudo, já que acumula conhecimentos, experiências, capacidade preditiva e objetividade.(19) Ainda segundo este autor, o número de participantes deste estudo esteve adequado em todas as rodadas, pois apesar de não haver um número pré-definido, sabe-se que este grupo deve ser

composto por no mínimo sete indivíduos e que acima de 30 pessoas a melhora da previsão torna-se muito pequena e não compensa o incremento de trabalho e custos (19). Assim, foram escolhidos 36 participantes prevendo-se uma desistência ou inconstância de participação nas rodadas de aproximadamente 15% dos indivíduos durante todo o processo.

Quanto à duração do estudo, a quarta rodada estendeu-se por período superior ao acordado com os participantes, pois coincidiu com o verão no hemisfério sul, período de férias dos trabalhadores e escolares, afetando assim a participação dos experts nesta rodada e precipitando a ampliação do período de execução da mesma.

O perfil dos participantes demonstrou-se bastante heterogêneo quando avaliou-se os três grupos individualmente, o que colaborou nas rodadas de interação, levando porém a uma maior dificuldade de condução do mesmo. A diferença de idade e local de formação na graduação, se em instituição pública ou privada, entre o grupo dos ordenadores de políticas públicas e dos profissionais da ESF reflete a grande criação de vagas na graduação em odontologia especialmente através de instituições privadas, principalmente a partir da década de 80, citada por Narvai (28).

Quanto à confecção do instrumento original com 50 ações que compunham o cuidado integral em saúde bucal na APS, a literatura nacional e internacional disponíveis mostraram-se bastante limitadas quanto ao limite de atuação do cirurgião-dentista na APS e aquele que atua nos demais níveis de atenção (11,20,21,22,23,24,25,26,27). No Brasil, de acordo com os documentos oficiais como a política nacional de saúde bucal é possível verificar que os limites de atuação da saúde bucal na APS são descritos de maneira genérica, relatando atividades classificadas como do campo da saúde. (11,29) No entanto, o rol de procedimentos clínicos, que são de responsabilidade deste nível de atenção não é relacionado ou descrito. Busca realizada por protocolos de municípios verificou que em sua maioria não existe uma lista ou relação de ações ou procedimentos sob responsabilidade da APS em saúde bucal. O que se constatou, pelo contrário, foi a delimitação dos procedimentos clínicos das demais especialidades, seus condicionantes e fluxos de encaminhamento para os demais níveis de atenção em saúde bucal. (30,31) Exceção deve ser feita ao documento elaborado pelo Ministério da Saúde que fora publicado na série Cadernos de Atenção Básica sob o número 17. (20) Neste material os principais agravos em saúde bucal são descritos assim como suas abordagens individual e coletiva, diagnóstico, tratamento e

manutenção. (20) Porém, este documento apenas sumariza a relação de procedimentos e condutas clínicas para os profissionais que atuam em serviços de atenção primária. (20)

Assim sendo, é possível verificar a carência de instrumentos normativos que relacionem adequadamente e de forma ampla as ações sob responsabilidade do cirurgião-dentista da APS. Não fica estabelecido o porquê desta lacuna, porém é possível conjecturar hipóteses sobre tal fenômeno: a presunção de que tais limites são tácitos; a dificuldade em se estabelecer os limites de atuação do clínico na atenção primária e de reconhecer tal atividade como de uma especialidade e finalmente o enfoque da maioria dos documentos oficiais em orientações e não em condutas clínicas.

Ao final das rodadas de discussão, das 46 ações consensuadas e apresentadas na Tabela 3, verificou-se que pelo menos 39 delas constavam em protocolos ou documentos oficiais, nacionais ou internacionais, incluídos como ações ou atividades a serem desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas da APS. (20,21,22,23,24, 25,26,27,30,31). Porém, há sete itens propostos pelo consenso que não foram adequadamente descritos e alguns sequer foram citados pelas políticas governamentais, protocolos e linhas-guia consultados, como por exemplo: orientação e tratamento para o bruxismo.

Dentre as situações citadas acima, os agravos estomatológicos prevalentes e de abordagem clínica, como por exemplo, herpes simples e afta ou não constam nos documentos acima citados ou aparecem como ações descritas em capítulos que abordam atribuições dos dentistas especialistas como atividades que não são de sua competência:

“Cabe ao cirurgião-dentista generalista (clínico geral) a seleção dos casos que serão encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). De maneira geral, os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular. Caso o serviço tenha capacitado os clínicos, as demais lesões devem ser diagnosticadas e podem ser tratadas.” (20)

Verificou-se que de maneira geral, apesar da frequência destes agravos, a abordagem das lesões estomatológicas está voltada para a identificação de lesões com potencial de malignização e na delimitação de fluxos de encaminhamento para tratamento em outros níveis de atenção.

No mesmo caso encontra-se a ação descrita como orientações e tratamento da pericoronarite, assim como outras situações que demandam atendimento de urgência

odontológica, que são itens consensuados pelo grupo de experts, mas que não se encontram devidamente listados e descritos nos documentos oficiais. Sua descrição aparece de forma sucinta como alívio da dor, controle de infecções ou traumas.

O manejo dos problemas da articulação têmporo-mandibular (ATM) na APS, desmembrados no estudo em duas ações, orientações sobre dores articulares e tratamento sintomático de dores articulares, também não são abordados nos documentos consultados, assim como o tópico orientação e encaminhamento dos pacientes fissurados (fenda lábio/palato). Neste último caso, mais do que oferecer tratamento, o papel do cirurgião-dentista da APS deveria ser o de tensionar a organização da assistência especializada, participar da discussão dos fluxos de encaminhamento, exercendo efetivamente a coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde, e responsabilizando-se pelo acompanhamento do paciente portador deste problema ao longo de sua vida.

Durante as discussões sete ações foram excluídas pelos participantes do grupo por não fazerem parte das atribuições dos cirurgiões-dentistas da APS, segundo seu julgamento. Uma delas foi a realização de pequenas cirurgias orais, pois segundo os experts esta ação diz respeito as ações desenvolvidas por especialistas como periodontista e cirurgiões buco-maxilo-facias e englobariam entre outras ações: cirurgia periodontal com acesso, cirurgia pré-protética, remoção de dente retido incluso ou impactado e correção de bridas musculares. (20)

A ação descrita como avaliação de problemas de mastigação ou fala foi excluída, pois os experts entenderam não fazer parte da atribuição dos cirurgiões-dentistas da APS a avaliação de problemas na fala, sendo esta uma atribuição do fonoaudiólogo, porém durante a discussão não foi solicitado o desmembramento desta ação em outras duas de forma a contemplar os problemas de mastigação e a identificação e encaminhamento de problemas na fala.

A orientação e tratamento da xerostomia também foi excluída, pois os participantes do estudo não entraram em consenso de que o tratamento da xerostomia seja atribuição da APS, porém verificando a literatura recomenda-se a identificação das causas, sendo as principais o uso de medicações que afetem a saliva, pouca ingestão de líquidos, stresse e radioterapia para tratamento do câncer, nos dois primeiros casos o profissional da APS pode intervir revisando a medicação prescrita com o médico e recomendando a ingestão de líquidos. (20) A ação orientações sobre dificuldades na alimentação foi excluída, pois a redação orientações sobre transtornos alimentares foi

considerada pela maioria como a descrição mais abrangente sobre problemas com alimentação.

Um item gerou bastante polêmica e acabou sendo excluído do estudo: moldagem e adaptação de prótese dentária na APS. Quanto a este assunto, de um lado ficaram os pesquisadores e gestores concordando com a Política Nacional de Saúde Bucal que procura inserir na APS a fase clínica da confecção de próteses dentárias móveis tendo como justificativa a melhoria do acesso da população a estes serviços. De outro lado os profissionais da APS, que demonstraram desconforto em realizar um trabalho (moldagem de estudo) que será complementado por outro profissional, além de justificativas plausíveis como a distorção do modelo dependendo do tempo da tomada da impressão até sua utilização pelo especialista e organização logística como o transporte do modelo. Percebe-se com isso, que os ajustes deverão ser feitos a partir das características locais como porte populacional do município, se serviço próprio da cidade ou regionalizado, levando-se em consideração a real melhoria de acesso do usuário ao serviço e os custos de se descentralizar a fase clínica da confecção de próteses.

Por fim, os itens busca ativa de usuários e realização de interconsulta também foram excluídos do estudo, pois os participantes não entraram em consenso quanto a sua inclusão, embora suas razões não tenham sido mencionadas durante a discussão.

Quanto à abordagem através do enfoque dos fatores de risco comum, sentiu-se a falta de identificação de abordagem de problemas como alcoolismo e prevenção à exposição ao sol sem proteção, por exemplo, dentre os participantes do Delphi. Supõe-se que estes assuntos tenham sido incluídos pelos experts no item descrito como orientações sobre fatores de risco sobre Câncer de Boca. Ainda sobre abordagem dos fatores de risco comum, destaque deve ser dado para as publicações do Sistema Nacional de Saúde Inglês que descrevem com detalhes as ações a serem desenvolvidas pelos dentistas da APS, além de embasarem suas orientações nas melhores evidências científicas disponíveis na época da confecção dos documentos. (22,23,24)

Durante o desenvolvimento do estudo houve a necessidade de discutir com os participantes o conceito de integralidade. A visão trabalhada no estudo diz respeito a integralidade das ações em um nível do sistema de saúde, a APS. Segundo, Starfield, a integralidade do cuidado em APS diz respeito ao conjunto de ações que devem ser ofertados considerando a maior prevalência dos agravos e sua magnitude, bem como reconhecendo a natureza dos problemas apresentados pelo usuário, sejam eles

funcionais, orgânicos e principalmente sociais. Assim, a integralidade em APS considera o conjunto de ações e serviços em saúde que potencialmente respondem pela resolutividade dos agravos de maior prevalência, devendo os serviços de saúde fazer os arranjos necessários para oferta-los, ficando explícita sua responsabilidade tanto para os pacientes como para a equipe de saúde pelo reconhecimento das situações para as quais os serviços estão disponíveis. Considerando as assertivas supracitadas, é possível delimitar mais claramente os limites das ações e competências da APS em saúde bucal, tendo em vista o entendimento construído sobre este atributo da APS. (3)

Assim, embora todas as 46 ações descritas na Tabela 3 sejam de responsabilidade do cirurgião-dentista da APS, para adaptação do instrumento PCATool Brasil dirigido à saúde bucal, algumas ações foram excluídas arbitrariamente do item integralidade, pois segundo a classificação de Starfield e o entendimento da coordenação deste estudo, pertencerem a outros dos seis atributos restantes, são elas: acolhimento, consulta agendada para tratamento e consulta agendada para manutenção (acesso de primeiro contato); encaminhamento a outros níveis de complexidade (coordenação da atenção); visita domiciliar, realização de levantamentos de necessidades locais, estímulo e realização de ações intersetoriais, identificação de subpopulações em situação de risco em conjunto com a equipe (orientação comunitária). (3)

Pode-se identificar algumas limitações relacionadas ao estudo tipo Delphi, como por exemplo, a de que os entrevistados podem não representar a totalidade dos especialistas em Saúde Bucal em APS do Brasil. Ainda, a falta de tempo é uma das principais razões alegadas para não participar de estudos Delphi, o que indica que a não-resposta pode não estar relacionada com o posicionamento do pesquisado mas com a disponibilidade para participação. Esta situação se não devidamente balanceadas podem gerar distorções nos resultados. Neste estudo não houve controle para a proporcionalidade de cada segmento conforme as rodadas de iteração.

Uma limitação adicional se encontra dentro do processo de grupo. Havia importante heterogeneidade conceitual sobre a integralidade das ações em Saúde Bucal na APS. Mesmo com as discussões e disponibilização de material de apoio e de permanente orientação quanto ao marco conceitual utilizado fica difícil assegurar a clareza do conceito de integralidade entre todos os participantes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como propósito estimular a discussão a respeito das ações que compõe o cuidado em saúde bucal na APS, tentando contribuir para a definição dos limites de atuação entre os cirurgiões-dentistas da atenção primária e dos demais níveis de atenção. A definição de tais limites se faz importante para legitimar o papel da APS dentro do sistema de saúde, pois aponta uma de suas fragilidades com relação à saúde bucal. Além disto, a adaptação do PCATool-Brasil dirigida a saúde bucal vem ao encontro das necessidade de qualificação dos serviços de saúde, pois oferece aos gestores e profissionais o feedback quanto à orientação destes serviços aos atributos da APS na perspectiva do usuário.

## **FONTE DE FINANCIAMENTO**

Este estudo foi financiado pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre / UFRGS.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

## **COLABORADORES**

Liége Teixeira Fontanive participou da concepção do estudo, revisão de literatura, coleta de dados, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, redação do texto e revisão final.

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive participou da coleta de dados, construção e revisão da base de dados e análise dos resultados.

Erno Harzheim participou da concepção do estudo, revisão de literatura, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, redação do texto, revisão e aprovação final.

Caren Serra Bavaresco participou da concepção do estudo, revisão de literatura, coleta de dados, revisão e aprovação final.

## **REFERÊNCIAS**

(1) Fendall NR. Declaration of Alma Ata. Lancet 1978. 16;2(8103): 1308.



- (2) Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Washington, D. C; OPAS/OMS; 2008. 33 p. ilustrado.
- (3) Starfield B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. pg 19-42. Brasília, UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- (4) Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, maio, 2006.
- (5) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 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. Brasília, 1990.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 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. Brasília, 1990.
- (8) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio: análise de resultados, 1998. Acesso em 17 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>
- (9) Lourenço E.C., Silva A.C.B., Meneghin M.C., Pereira A.C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl.1): 1367-1377, 2009.
- (10) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União; 29 dez.
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família, 2011. Acesso em 17 de agosto de 2011. Disponível em: [http://www.dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://www.dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

- (13) Baldani M.H., Fadel C.B., Possamai T., Queiroz M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4): 1026-1035, jul-ago, 2005.
- (14) Roncalli A.G., Souza T.M.S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11): 2727-2739, nov, 2007.
- (15) Pereira C.R.S.P., Patrício A.A.R., Araújo F. A.C., Lucena E.E.S., Lima K.C., Roncalli A.G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5): 985-996, mai, 2009.
- (16) Nascimento A.C, Moysés S.T., Bisinelli J.C., Moysés S.J. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança na prática ou diversionismo semântico. *Revista Saúde Pública* 2009; 43(3):455-462.
- (17) Harzheim E. Starfield B., Rajmil L., varez-Dardet C. Stein A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22(8):1649-59.
- (18) Harzheim E., Duncan B.B., Stein A.T., Cunha C.R., Gonçalves M.R., Trindade T.G., et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006;6:156.
- (19) Rodríguez J.L. El método Delphi: Una técnica de pervisión para la incertidumbre. Barcelona, Ariel, 1999. 223p.
- (20) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal*. Brasília, 2006.
- (21) Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Especialidades em Saúde Bucal*. Brasília. 2004.
- (22) National Health System. Department of Health: Dental and Ophthalmic Services Divison. *Choosing Better Oral Health: An Oral Health Plan for England*. Best Practice Guidance, 14 november 2005.
- (23) National Health System. DH/British Association for the Study of Community Dentirtry. *Delivering Better Oral Health: An evidence-based toolkit for prevention*. Best Practice Guidance, 26 september 2007.

- (24) National Health System. Department of Health: Dental and Eye Care Services. Valuing People's Oral Health. A good practice guide for improving the oral health of disabled children and adults. Best Practice Guidance, 21 november 2007.
- (25) Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Havana, febrero de 2002.
- (26) World Health Organization. Writing Oral Health Policy: A Manual for Oral Health Managers in the WHO African Region. Region Office for Africa. Brazzaville; 2005.
- (27) World Health Organization. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme World Health Organization, 2003. Acesso em 30 de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5409.pdf>
- (28) Narvai, P.C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Santos, 2002. 120p.
- (29) Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência e Saúde Coletiva, vol 5, nº 2. Rio de Janeiro, 2000.
- (30) SES/MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. Linha Guia de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2006.
- (31) Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informações em Saúde. Protocolos Integrados de Atenção em Saúde Bucal – Curitiba, 2004.

**Tabela 1. Distribuição das características dos profissionais participantes do Estudo Delphi sobre as ações que compõem os cuidados integrais em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (Porto Alegre, 2010).**

<b>Variáveis avaliadas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	18	50,0%
Feminino	18	50,0%
<b>Idade estratificada</b>		
21 a 30 anos	5	13,9%
31 a 40 anos	5	13,9%
41 a 50 anos	14	38,9%
51 a 60 anos	6	16,7%
mais de 60 anos	6	16,7%
<b>Tempo de formação (em anos)</b>		
0 a 10 anos	9	25,0%
11 a 20 anos	3	8,3%
21 a 30 anos	14	38,9%
31 a 40 anos	7	19,4%
41 a 50 anos	3	8,3%
<b>Tipo de Graduação</b>		
Pública	23	63,9%
Privada	13	36,1%
<b>Especialização</b>		
Sim	28	77,8%
Não	8	22,2%
<b>Área de especialização</b>		
Saúde Pública	22	78,6%
Outras Especialidades	6	21,4%
<b>Residência em APS</b>		
Sim	3	8,3%
Não	33	91,7%
<b>Mestrado</b>		
Sim	18	50,0%
Não	18	50,0%
<b>Área do Mestrado</b>		
Saúde Pública	5	27,8%
Odontologia Preventiva e Social	6	33,4%
Saúde Coletiva	4	22,2%
Outras Áreas	3	16,6%
<b>Doutorado</b>		
Sim	14	38,9%
Não	22	61,1%
<b>Área do Doutorado</b>		
Saúde Pública	4	22,2%
Odontologia Preventiva e Social	4	22,2%
Epidemiologia	2	11,1%
Saúde Coletiva	1	5,6%
Outras Áreas	1	5,6%

**Tabela 2. Distribuição das características dos profissionais participantes, segundo grupo representativo, do Estudo Delphi sobre as ações que compõem os cuidados integrais em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (Porto Alegre, 2010).**

Variáveis avaliadas		Profissionais de	Pesquisadores,	Gestores, Sociedades
		Saúde Bucal	Preceptores de	Científicas e
		atuando na ESF	Residências e Docentes	Conselho de
		Média (DP) ou	Média (DP) ou %	Média (DP) ou %
		%		
		n=10	n=16	n=10
<b>Sexo</b>				
	Masculino	20,0%	50,0%	80,0%
	Feminino	80,0%	50,0%	20,0%
<b>Idade (anos)</b>				
		37,3 (8,6)	47,1 (10,5)	57,3(7,4)
<b>Tempo de formação (anos)</b>				
		11,5(7,4)	23,9(10,9)	34,3(8,2)
<b>Tipo de Graduação</b>				
	Pública	40,0%	68,7%	80,0%
	Privada	60,0%	31,3%	20,0%
<b>Especialização</b>				
	Sim	80,0%	62,5%	100,0%
	Não	20,0%	37,5%	0,0%
<b>Área de especialização</b>				
	Saúde Pública	62,5%	90,0%	80,0%
	Outras Especialidades	37,5%	10%	20%
<b>Residência em APS</b>				
	Sim	0%	18,8%	0,0%
	Não	100%	81,2%	100,0%
<b>Mestrado</b>				
	Sim	0	68,8%	70,0%
	Não	100%	31,2%	30,0%
<b>Área do Mestrado</b>				
	Saúde Pública	-	45,4%	42,8%
	Odontologia Social e Preventiva	-	36,4%	28,6%
	Saúde Coletiva	-	9,1%	-
	Outras áreas	-	9,1%	28,6%
<b>Doutorado</b>				
	Sim	0%	68,8%	30,0%
	Não	100%	31,2%	70,0%
<b>Área do Doutorado</b>				
	Saúde Pública	-	36,4%	-
	Odontologia Social e Preventiva	-	27,3%	66,6%
	Epidemiologia	-	18,2%	-
	Saúde Coletiva	-	9,1%	-
	Outras áreas	-	9,1%	33,3%
<b>Tempo de atuação na ESF (anos)</b>		5 (2)	-	-
<b>Tempo na atual USF (anos)</b>		4,2 (2,2)	-	-
<b>Tempo na função docente/técnica (anos)</b>		-	12,4 (8,9)	11,7 (13,2)
<b>Tempo de experiência em Gestão Pública da Saúde (anos)</b>		-	-	24,2 (16,7)

**Tabela 3. Resultado de Estudo Delphi sobre as ações do cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde relacionadas ao atributo essencial integralidade. (Porto Alegre, 2010).**

Ações de Odontologia em Atenção Primária à Saúde Integralidade	Rodada de Consenso	Grau de Consenso Delphi <sup>a</sup> (%)		Grau de importância <sup>b</sup>
		Grau	Proporção	
Exame Odontológico	2ª Rodada	Alto	100%	A
Orientações sobre o uso do flúor	2ª Rodada	Alto	100%	A
Exame de Tecidos Moles -Preventivo Câncer de Boca	2ª Rodada	Alto	100%	A
Orientações sobre Hábitos Deletérios	2ª Rodada	Alto	100%	A
Orientação e encaminhamento dos Respiradores Bucais	2ª Rodada	Alto	100%	A
Orientações sobre Herpes Simples	2ª Rodada	Alto	100%	A
Orientação e encaminhamento de Fissurados - Fenda Lábio/Palato	2ª Rodada	Alto	100%	A
Restaurações	2ª Rodada	Alto	97%	A
Fluorterapia	2ª Rodada	Alto	97%	A
Orientações sobre Fatores de Risco sobre Câncer de Boca	2ª Rodada	Alto	97%	A
Extrações Dentárias	2ª Rodada	Alto	97%	A
Orientação sobre Higiene Bucal (escova/fio-dental)	2ª Rodada	Alto	97%	A
Orientações e tratamento para Abrasão e Erosão Dentárias	2ª Rodada	Alto	97%	A
Orientações e tratamento para Halitose	2ª Rodada	Alto	97%	A
Tratamento gengival (RAP-SUPRA e SUBGENGIVAL)	2ª Rodada	Alto	94%	A
Aconselhamento sobre como parar de fumar	2ª Rodada	Alto	94%	A
Orientações e Cuidados aos Hipertensos e Diabéticos	2ª Rodada	Alto	94%	A
Orientações sobre Medicamentos que interferem na boca	2ª Rodada	Alto	94%	A
Orientações aos Cuidadores de Pacientes Acamados ou com Necessidades Especiais	2ª Rodada	Alto	94%	A
Atendimento de Urgência para dor, hemorragia ou trauma	3ª Rodada	Alto	91%	A
Realização de Pré-natal Odontológico	2ª Rodada	Alto	91%	A
Orientações sobre Conservação de Próteses Odontológicas	5ª Rodada	Alto	91%	A
Orientação sobre Dores Articulares (ATM)	5ª Rodada	Alto	91%	A
Tratamento sintomático para dores articulares (ATM)	5ª Rodada	Alto	91%	A
Orientações e tratamento da Pericoronarite	2ª Rodada	Alto	91%	A
Orientações e Tratamento para Aftas	2ª Rodada	Alto	91%	B
Orientações e tratamento PPNE - Pacientes Portadores de Necessidades Especiais	2ª Rodada	Alto	89%	A
Orientações sobre Nutrição e Dieta	5ª Rodada	Alto	89%	A
Orientação sobre mudanças orais causadas pelo envelhecimento	2ª Rodada	Alto	89%	A
Orientações sobre a Água para Consumo Humano	2ª Rodada	Alto	89%	A
Consulta Odontológica Agendada para manutenção	3ª Rodada	Alto	89%	A
Orientações sobre Perda do Paladar	2ª Rodada	Alto	89%	B
Orientações sobre Erupção dos 3º molares	2ª Rodada	Alto	86%	A
Realização de Atividades de educação em Saúde (grupos) na unidade e na comunidade (espaços sociais)	4ª Rodada	Alto	86%	A
Consulta Odontológica Agendada para Tratamento	3ª Rodada	Alto	86%	A
Realização de Levantamentos de Necessidades Locais	3ª Rodada	Alto	86%	A
Orientações sobre Fluorose	2ª Rodada	Alto	83%	A
Realização de Acolhimento do usuário	3ª Rodada	Alto	83%	A
Identificação de sub-populações em situação de risco em conjunto com a equipe	3ª Rodada	Alto	83%	A
Visita Domiciliar	3ª Rodada	Alto	83%	A
Encaminhamento a outros níveis de complexidade	3ª Rodada	Alto	83%	A
Orientações e tratamento para Bruxismo	2ª Rodada	Alto	83%	B
Orientações e tratamento ao PRD - Pacientes Restritos ao Domicílio em sua casa	3ª Rodada	Alto	80%	A
Estímulo a realização de ações intersetoriais	3ª Rodada	Alto	80%	A
Orientações sobre problemas advindos do uso de Piercing oral	2ª Rodada	Alto	80%	B
Orientações sobre Transtornos Alimentares	2ª Rodada	Alto	80%	B

<sup>a</sup> Estratificação do grau de consenso: Alto (100-80%), Moderado (79,9 a 60%) e Baixo (valores inferiores a 60%). Para inclusão se definiu como critério apenas os problemas em saúde com alto grau de consenso (80% ou mais).

<sup>b</sup> Escala Likert de 3 pontos (grau de importância para inclusão em instrumento): A- Certamente importante; B- Importância moderada e C-Certamente não importante.

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto deste trabalho é um instrumento de avaliação dos Serviços de Saúde Bucal segundo sua orientação aos atributos da Atenção Primária a partir da perspectiva do usuário, ferramenta esta até agora indisponível aos serviços odontológicos de todo o mundo. Com isso, espera-se qualificar a atenção prestada pelos serviços odontológicos de APS. Para tanto, este instrumento deve passar pelo processo de validação psicométrica, por meio da teoria clássica do teste. Tal processo já está em andamento junto ao grupo de trabalho desta dissertação, bem como com professores e alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Além disto, este estudo espera ter iniciado um processo de discussão sobre as atribuições dos cirurgiões-dentistas da APS, definindo limites de atuação destes profissionais em relação aos especialistas que compõe os demais níveis de atenção em saúde bucal.

Com este estudo podemos perceber as limitações dos documentos oficiais, linhas guia e protocolos que tentam definir estes limites e a necessidade de que estes sejam revisados com a participação minimamente de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde bucal em APS e que as ações propostas sejam baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

Outro dos processos que podem ser subsidiados pelos achados deste estudo é a extensão da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) às atividades e problemas em saúde sob responsabilidade dos profissionais da APS da área de saúde bucal. Um dos objetivos propostos pelos inúmeros documentos oficiais entre eles a própria política nacional de saúde bucal brasileira é que esta deve cada vez mais se integrar com as áreas médicas e de enfermagem para garantir a APS como porta de entrada do sistema. Desta forma, a unificação no uso da classificação de problemas de saúde em APS é um bom ponto de partida. O presente estudo apresenta um produto que pode servir como referência para discussão sobre a CIAP.

## **ANEXOS**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**



**PROJETO DE PESQUISA**

**ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO PRIMARY CARE  
ASSESSMENT TOOL-BRASIL VERSÃO USUÁRIOS DIRIGIDO À  
SAÚDE BUCAL.**

**Aluna: Liége Teixeira Fontanive**

**Orientador: Erno Harzheim**

**Co-orientadora: Caren Serra Bavaresco**

Porto Alegre, junho de 2009.

## SUMÁRIO

<b>1.Introdução .....</b>	<b>03</b>
<b>2..Justificativa .....</b>	<b>06</b>
<b>3.Objetivos.....</b>	<b>07</b>
3.1. Objetivo geral .....	07
3.2. Objetivos Específicos .....	07
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>08</b>
4.1. Metodologia do Estudo Delphi .....	08
4.1.1. Desenho ou Delineamento do Estudo Delphi.....	08
4.1.2. Universo ou População do Estudo Delphi.....	08
4.1.3. Amostra do Estudo Delphi .....	08
4.1.4. Seleção da Amostra do Estudo Delphi .....	09
4.1.5. Instrumentos de pesquisa do Estudo Delphi.....	11
4.1.6. Procedimentos para coleta de dados do Estudo Delphi.....	12
<b>5. Divulgação dos Resultados.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Questões Éticas .....</b>	<b>16</b>
<b>7. Cronograma de Execução .....</b>	<b>17</b>
<b>8. Recursos Necessários/Orçamento .....</b>	<b>18</b>
<b>9. Referências .....</b>	<b>19</b>
<b>10. Apêndices.....</b>	<b>23</b>
10.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Delphi).....	23
10.2. Instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool).....	25
10.3. Tabela de Estratificação dos Municípios por Porte Populacional do IBGE....	38
10.4. Instrumento Estudo Delphi .....	39
10.5. Carta aos Participantes do Delphi.....	44
10.6. Carta aos Gestores.....	46

## 1. INTRODUÇÃO:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, conforme o Ministério da Saúde (MS), o primeiro nível de assistência dentro de um sistema de saúde e caracteriza-se pela integralidade da atenção, pela longitudinalidade do cuidado, da coordenação da assistência dentro dos níveis de atenção, pela atenção centrada na família, da participação e da orientação comunitária e da competência cultural dos profissionais (1). Esta definição de APS adotada pelo MS foi concebida por Starfield que a vem desenvolvendo desde a Conferência Internacional de Saúde de Alma Ata (2, 3).

Este conceito define quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema, a longitudinalidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema. A autora considera a orientação familiar e comunitária e a competência cultural como atributos derivados (2). Estes atributos são características associadas às práticas clínicas que as Unidades de Saúde Convencionais e de Saúde da Família devem desenvolver para que se possa afirmar que estas estejam ofertando serviços de APS, ou seja, orientados aos princípios da Atenção Primária (4).

Com base nestes conceitos, avaliações podem ser realizadas em serviços e sistemas de saúde quanto a sua orientação aos atributos da APS (5). As limitações estruturais ou nos processos envolvidos na atenção, além da insuficiência nos fluxos com os outros níveis de atenção devem ser avaliados. Este instrumento de avaliação deve ter como qualidade apontar fragilidades na atenção e também em que medida os serviços estão atendendo aos atributos da APS. Além disto, a mensuração destes

atributos permite associar a orientação aos princípios supracitados com resultados sobre indicadores de saúde da população, como por exemplo, as internações por condições sensíveis à APS e outros desfechos como a mortalidade infantil. Vários estudos neste sentido têm sido produzidos dentro da realidade do SUS (6, 7).

Instrumento de avaliação da APS criado por Starfield chamado Primary Care Assessment Tool (PCATool) mensura a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de atenção à saúde. Este instrumento validado nos Estados Unidos foi adaptado e validado na sua versão infantil e adulto também na Espanha, Brasil, entre outros (8, 9, 4, 6,10,). O instrumento verifica a presença dos sete atributos da APS através de respostas do tipo likert (12), construindo escores de 1 a 4 para cada um deles (4).

Embora o construto teórico do PCATool sejam as ações desenvolvidas em serviços de saúde, nos Estados Unidos estes serviços se caracterizam por serem uma atenção prestada apenas por enfermeiros e médicos, situação distinta do contexto brasileiro. Sendo assim, embora haja instrumento adequado para estas mensurações, o PCATool Brasil precisa ser adaptado a realidade do SUS onde equipes multidisciplinares atuam na APS, incluindo os Cirurgiões-Dentistas.

Na área de Saúde Bucal, a ausência de instrumentos validados para avaliação da orientação dos serviços de saúde aos atributos da atenção primária restringe o número de estudos que avaliam a qualidade da atenção e sua associação com indicadores de saúde bucal na população.

O SUS tem estimulado, através de forte política indutiva do MS, a reestruturação de todo o Sistema, baseando-o na Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nos últimos oito anos, com a aceleração deste processo de implantação, uma importante transformação na organização do sistema público de saúde tem ocorrido através desta política que possui entre outras características a humanização, a equidade, a responsabilização e o caráter substitutivo. (13) A portaria nº 1.444 de 2000 regulamentou a incorporação de profissionais de saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas, Técnicos em Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário) à equipe mínima da SF composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. (14)

No Brasil, em março de 2010, 4.750 municípios apresentavam equipes de saúde bucal implantadas, que totalizavam aproximadamente 19.000 equipes de Saúde Bucal modalidades I e II, oferecendo atenção odontológica a uma população de mais de 130 milhões de brasileiros, representando 68,5% da população. (15)

## **2. JUSTIFICATIVA:**

A necessidade de avaliar as ações do Cirurgião-Dentista quanto à presença e extensão dos atributos da APS considerando o grande número de equipes, municípios e população coberta pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família demonstra toda a relevância do processo de validação do instrumento PCATool Brasil versão usuários. A adaptação do instrumento possibilita a avaliação entre serviços de mesma natureza (centros de formação de recursos humanos e de atenção exclusiva) ou de diferentes naturezas (público e privado) e entre sistemas locais e regionais de saúde bucal. Diante da magnitude do desafio de avaliar a orientação dos serviços de saúde bucal aos princípios da APS, a validação de um instrumento que permita a avaliação e comparação destes serviços deve ser visto como estratégico para a qualificação do sistema de saúde e para tomada de decisão de gestores nas diferentes esferas administrativas.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1. Geral**

Propor um instrumento de avaliação de APS na área de saúde bucal.

#### **3.2. Específico**

3.2.1 - Adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários dirigido à Saúde Bucal;

3.2.2 - Construir consenso entre experts na área de Atenção Primária em Saúde Bucal sobre ações que compõe o cuidado odontológico integral em APS, para adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários com relação ao item integralidade ;

3.2.3 - Verificar quais das ações definidas pelos experts encontram-se descritas em documentos oficiais e protocolos nacionais e internacionais.

## **4. METODOLOGIA:**

Estudo de adaptação do instrumento PCATool-Brasil dirigido à saúde bucal, versão usuários, composto por Estudo Delphi.

### **4.1. Metodologia do Estudo Delphi**

#### **4.1.1. Desenho ou Delineamento do Estudo**

Estudo tipo Delphi

#### **4.1.2. Universo ou População do estudo Delphi**

Cirurgiões-Dentistas atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF); Cirurgiões-Dentistas responsáveis pela produção de conhecimento em Odontologia na APS (pesquisadores, docentes e preceptores de residências multiprofissionais) e Cirurgiões-Dentistas ordenadores das Políticas Odontológicas de APS (gestores municipais, estaduais e federal de Odontologia em APS, representantes de sociedades na área de saúde bucal coletiva e conselhos regionais de odontologia).

#### **4.1.3. Amostra do estudo Delphi**

Serão selecionados 10 Cirurgiões-Dentistas da ESF, 16 Cirurgiões-Dentistas responsáveis pela produção de conhecimento em Odontologia na APS (6



docentes, 5 preceptores/tutores de residências multiprofissionais e 5 pesquisadores em Odontologia em Saúde Coletiva) e 10 ordenadores das Políticas Odontológicas de APS (3 Gestores Municipais, 2 Gestores Estaduais e 1 Gestor Federal de Odontologia em APS, além de 3 representantes de Sociedades na área de Saúde Bucal Coletiva e 1 representante dos Conselhos Regionais de Odontologia).

#### **4.1.4. Seleção da Amostra do estudo Delphi**

Unidade de Análise e Observação:

Indivíduo (Cirurgiões-Dentistas: atuando na ESF, docentes, preceptores/tutores de residências multiprofissionais, pesquisadores em Odontologia em APS e ordenadores das Políticas Odontológicas em APS).

Critérios de Inclusão:

Para o Estudo Delphi serão considerados os seguintes critérios de inclusão para a seleção da amostra:

**a.** Os 10 (dez) Cirurgiões-Dentistas, preferentemente com Pós-Graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva ou Saúde da Família, que deverão estar desempenhando suas atividades há no mínimo dois anos no município selecionado em uma mesma unidade da ESF. Serão selecionados 2 profissionais oriundos de municípios de cada uma das cinco regiões políticas do Brasil (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) e conforme a estratificação

populacional do IBGE (apêndice 5). Outro critério considerado será a cobertura populacional da ESF nos municípios selecionados (100% de cobertura populacional da ESF e no mínimo 80% de cobertura de equipes de saúde bucal na ESF, segundo dados do DATASUS de março de 2009). Dentre os 2.676 municípios brasileiros que preenchem os critérios descritos acima, foram selecionados de forma aleatória em cada estrato populacional do IBGE, respeitando a representatividade de cada região, os seguintes municípios: Aceguá (RS), Amparo (SP), Apucarana (PR), Aracaju (SE), Chapada dos Guimarães (MT), João Pessoa (PB), Nova Olinda do Norte (AM), Rio Claro (RJ), Santo Antônio de Goiás (GO) e Santana (AP).

b. Os 6 (seis) Docentes devem lecionar disciplinas com foco na APS em cursos de Graduação ou Pós-Graduação em Odontologia (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva ou Saúde da Família) há pelo menos 2 (dois) anos;

c. Os 5 (cinco) Preceptores/Tutores de Odontologia das Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva ou Saúde da Família devem estar exercendo a função há pelo menos 2 (dois) anos;

d. Os 5 (cinco) Pesquisadores devem possuir produção em Odontologia em Saúde Coletiva com índice  $H > 3$  (índice de impacto das publicações maior do que 3).

e. As Sociedades convidadas serão a ABRASBUCO e a ABOPREV através de representantes indicados pelas mesmas, pois são entidades representativas na área de Saúde Bucal Coletiva de âmbito nacional;

f. Os Gestores Municipais serão os Cirurgiões-Dentistas Coordenadores da área de Saúde Bucal na APS dos municípios de Curitiba (PR), Campinas (SP) e Campo Grande (MT). Tais municípios foram escolhidos por terem a atenção odontológica estruturada e seus gestores terem pós-graduação na área de Saúde Pública, além de experiência na função há mais de dois anos. Os Gestores estaduais serão os Coordenadores da área de odontologia na APS, ou Cirurgiões-Dentistas indicados por estes, dos estados de Minas Gerais e Santa Catarina, que tenham pós-graduação em Saúde Pública e experiência na função há mais de dois anos. Tais estados foram escolhidos por possuírem coordenações de saúde bucal que se destacaram e com grande cobertura de equipes de saúde bucal na ESF, 68% e 81% respectivamente, segundo dados do DATASUS de junho de 2009. O Gestor Federal será um Cirurgião-Dentista com pós-graduação em Saúde Pública, ligado a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde há pelo menos dois anos.

#### **4.1.5. Instrumentos de pesquisa do estudo Delphi**

O instrumento utilizado no estudo Delphi (apêndice 4) foi elaborado pela coordenação da pesquisa com base na revisão da literatura nacional e internacional (16; 17,18) e é composto por 50 (cinquenta) ações relacionadas à Integralidade em Odontologia em APS, ou seja, serviços prestados e oferecidos em Odontologia em

Atenção Primária. O participante do estudo deverá escolher se cada uma das ações deve ou não permanecer no instrumento e classificá-las, a partir de uma escala likert composta de três categorias assim descritas: certamente importante, importância moderada e certamente não importante. O instrumento oferece aos participantes, a partir da segunda rodada, a possibilidade de visualizar suas respostas da rodada anterior e as estatísticas das respostas dadas pelo grupo.

#### **4.1.6. Procedimentos para coleta de dados do estudo Delphi**

O instrumento PCATool Brasil versão usuário adulto, de aplicação por meio de entrevistadores, será adaptado em duas etapas: a primeira será feita pelos pesquisadores com a intenção de adaptar às características da população alvo e aos serviços de saúde odontológicos brasileiros. Na segunda etapa será realizado um estudo do tipo Delphi que tem como objetivo final produzir um consenso entre experts na área de APS em Saúde Bucal sobre ações que compõem o cuidado odontológico integral em APS. Este estudo subsidiará a inclusão dos itens da dimensão integralidade no instrumento PCATool Brasil dirigido à Saúde Bucal.

O estudo Delphi é um processo sistemático e repetitivo que difere dos métodos coletivos de consenso com interação face a face, por reduzir o efeito da contaminação entre os participantes e por realizar a retro-alimentação com as estatísticas geradas em cada rodada de participação. Dado a estabilização na opinião dos participantes este tipo de estudo pode apresentar inúmeras rodadas. (14)

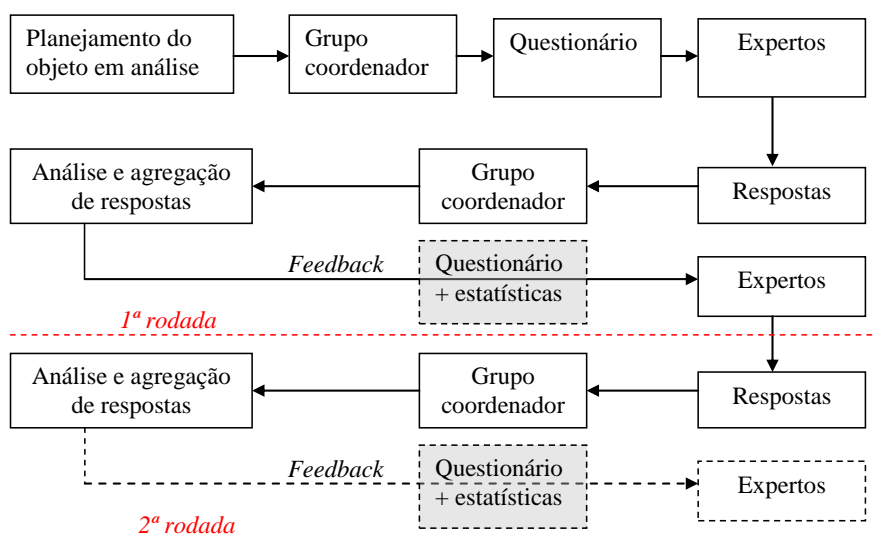
O instrumento elaborado pela coordenação do estudo, baseado na revisão da literatura nacional e internacional (15,16,17,18,19,20,21,22,23) será enviado por meio eletrônico para cada um dos participantes selecionados que terão um prazo estabelecido em cronograma de aproximadamente 10 dias para respondê-lo. Para preenchimento deste instrumento estima-se um tempo de quinze minutos. O participante deverá devolver o instrumento devidamente preenchido por e-mail. A partir da segunda rodada, as respostas serão avaliadas e o questionário retornará para o participante, com as suas respostas na rodada anterior e com as estatísticas das respostas do grupo. Neste momento terá início uma nova rodada de respostas ao questionário, agora tendo como subsídio as informações do grupo de participantes. As observações e sugestões enviadas para a inclusão de novos itens serão avaliadas pela coordenação do estudo, sendo estas sumarizadas e mantido o sigilo de sua origem.

A cada início de rodada poderão ser excluídos da lista de ações alguns itens por alcançarem, já na rodada anterior, consenso sobre exclusão do mesmo. A cada nova rodada as respostas dadas para cada ação tendem a se concentrar diminuindo sua dispersão. O consenso, quanto à inclusão ou não da ação, ocorre quando esta oscilação diminuir, ou seja, quando ocorrer pequeno número de mudanças de opinião entre duas rodadas sobre uma ação. Novos itens só poderão ser incluídos até a 4ª rodada.

Para estabilização das respostas, definindo a inclusão ou não do tema como prioritário, será realizado o seguinte cálculo: a variação da amplitude relativa interquartis entre duas rodadas deverá ser inferior à 0,05 para que o tema tenha atingido a estabilidade. Para definir o número de rodadas do estudo será convencionado que a

proporção de mudança de opinião quanto à exclusão ou inclusão do tema, na rodada anterior à final, deverá ser inferior a 10% dos participantes.

A coleta das informações de cada rodada de participação será realizada de acordo com o fluxograma descrito abaixo:



Análise de Validade de Conteúdos:

- Validade de Conteúdos: avalia-se quanto um método específico de aferição inclui todas as dimensões daquilo que pretende medir. Assim sendo, será necessário que o questionário seja avaliado, quanto ao item integralidade, por pessoas da área da Odontologia e da Atenção Primária (experts) a fim de verificar se o conteúdo relaciona-se com o tema proposto (Estudo tipo Delphi). (24)

## **5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:**

Os achados serão divulgados por meio de periódicos nacionais e internacionais para a comunidade científica. Será entregue uma cópia da redação final deste estudo para o Centro de documentação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP-GHC).

## **6. QUESTÕES ÉTICAS:**

Esta pesquisa será avaliada pelo Comitê de Ética do GHC. Previamente à aplicação dos instrumentos de pesquisa os participantes serão esclarecidos sobre o estudo, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por escrito, sobre a possibilidade de desistir da sua participação a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo de nenhuma espécie; que não existem riscos de nenhum grau; que todos os dados coletados com os questionários estarão resguardados por sigilo e em nenhuma hipótese serão utilizados de maneira que identifiquem individualmente o sujeito de pesquisa. Serão respeitados os princípios éticos fundamentais de beneficência, não-maleficência, autonomia, equidade e justiça.

No estudo do tipo Delphi os participantes serão contatados por telefone ou e-mail sobre a possibilidade de participação na pesquisa e será enviado aos mesmos uma cópia do TCLE (apêndice 1), que em caso de consentimento em participar do estudo, deverá retornar aos pesquisadores por e-mail ou fax com a assinatura do participante, permanecendo uma cópia com o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos no estudo serão utilizados somente para esta pesquisa, com o objetivo de posterior publicação dos resultados. Tais informações serão armazenadas por cinco anos, sendo destruídos após esse período.





## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO:**

Na etapa de adaptação do PCATool os gastos com o projeto envolvem utilização de internet para envio dos e-mails aos participantes e ligações telefônicas para contato com os mesmos. Os recursos necessários serão disponibilizados pelo Grupo de pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde: Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica nº 1. In press 2004.
- (2) Starfield B. Descrevendo a Atenção Primária. Atenção Primária - Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias. I ed. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde do Brasil; 2004.
- (3) Fendall NR. Declaration of Alma Ata. Lancet 1978. 16;2(8103): 1308.
- (4) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CÁ, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(8):1649-59.
- (5) Oliveira MM, Harzheim E, Riboldi J. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde entre os Serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007.
- (6) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res 2006;6:156.
- (7) Stein AT, Harzheim E. Effectiveness of primary health care evaluated by a longitudinal ecological approach. J Epidemiol Community Health 2006 Jan;60(1):3-4.
- (8) Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Family Practice. 2001;50(2):161-75.

- (9) Cassady C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenber L. Measuring Consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt2):998-1003.
- (10) Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. Validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Med Care* 2003 Oct;41(10):1153-63.
- (11) Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007 May;22(3):167-77.
- (10) Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Ministério da Saúde do Brasil, Portal da Saúde 2008 [cited 5 A.D. jan 10];1:1-68. Available from: URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>
- (11) Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica. Evolução da Implantação de Equipes de Saúde da Família e Repasses Financeiros. Ministério da Saúde do Brasil, Portal da Saúde 2010 [cited 5 A.D. jan 10];Available from: URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>
- (12) Cunha JA. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. *Psicodiagnóstico*. V.cinco ed.UFRGS. Porto Alegre; 2006.
- (13) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 648 de 2006. Brasília; 2006.
- (14) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete Ministerial nº 1.444 de 2000. Brasília; 2000.
- (15) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família, 2009. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
- (14) Landeta j. El Método Delphi: uma técnica de previsão para la incertidumbre. Ed. Editora Ariel S.A. 1ª edição, 223 p. Barcelona,1999.

- (15) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- (16) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. Brasília, 2006.
- (17) Cuba. Ministério de Salud Pública, Área de Asistencia Médica y Social: Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a La Población. Habana, febrero 2002.
- (18) National Health System. Department of Health: Dental and Ophthalmic Services Divison. Choosing Better Oral Health: An Oral Health Plan for England. Best Practice Guidance, 14 november 2005.
- (19) National Health Service, Department of Health. Delivering Better Oral Health – An evidence-based toolkit for prevention. London, England 2007
- (20) National Health Service, Department of Health: Dental and Eye Care Services. Valuing People's Oral Health: A good practice guide for improving the oral health of disabled children and adults. Best Practice Guidance, 21 november 2007.
- (21) World Health Organization. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme World Health Organization, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5409.pdf>
- (22) World Health Organization. Writing Oral Health Policy: A Manual for Oral Health Managers in the WHO African Region. Region Office for Africa. Brazzaville; 2005.
- (23) Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro de Informações em Saúde. Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. Curitiba 2004, 100 p.: il.

(24) Fletcher RH, Fletcher SW. Anormalidade. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. V. único, editora Artmed. Porto Alegre; 2006.



Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós Graduação em Epidemiologia  
e Grupo Hospitalar Conceição



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada “Adaptação e Validação do Instrumento PCATool-Brasil dirigido à Saúde Bucal versão usuários.” está sendo desenvolvida por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Seu objetivo é validar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários, dirigido à Saúde Bucal, verificando sua consistência interna e confiabilidade. Este instrumento pretende avaliar a qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) oferecida em serviços de saúde odontológicos através da mensuração da orientação e da extensão dos atributos da APS, quais sejam: primeiro contato (utilização e acesso ao serviço), longitudinalidade (continuidade do cuidado), coordenação da atenção dentro do Sistema de Saúde, integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), enfoque familiar e orientação comunitária. Farão parte do estudo Cirurgiões-Dentistas atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF); Cirurgiões-Dentistas responsáveis pela produção de conhecimento em Odontologia na APS (pesquisadores, docentes e preceptores de residências multiprofissionais) e ordenadores das Políticas Odontológicas de APS (gestores municipais, estaduais e federal de APS, além de representantes de sociedades na área de saúde bucal coletiva e conselho regional de odontologia), que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa dar-se-á através de um estudo do tipo Delphi que é um processo de avaliação sistemático e repetitivo cujo objetivo é que seus participantes cheguem a um consenso sobre o assunto proposto. O questionário elaborado pela coordenação do estudo será enviado por meio eletrônico para cada um dos participantes selecionados que terão um prazo estabelecido em cronograma de aproximadamente 10 dias para respondê-lo. O participante deverá devolver o instrumento devidamente preenchido por e-mail. As respostas serão avaliadas e o questionário retornará para o participante sempre ao final de cada rodada com a resposta do participante e as estatísticas descritivas gerais. Estima-se em torno de seis o número de rodadas, embora dada a estabilização na opinião dos participantes este tipo de estudo pode apresentar inúmeras rodadas. O tempo estimado para preenchimento do instrumento é de 15 (quinze) minutos.

Será assegurado ao participante desta pesquisa que:

1. Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário que será lhe enviado através de e-mail;

2. Os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes ou qualquer dado pessoal dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado;

3. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o (a) participante assim o decidir, sem que isto implique em nenhum prejuízo para si;

Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa de forma clara e detalhada e ter esclarecido minhas dúvidas, eu \_\_\_\_\_ concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com o pesquisador responsável, no telefone, endereço e e-mail abaixo descritos. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ (nome do paciente)  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo (a) \_\_\_\_\_ (nome do pesquisador)  
enquanto eu estava presente

**Assinatura da Testemunha:** \_\_\_\_\_

**Nome da Testemunha:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Endereço para Contato do Pesquisador Responsável:**

Prof. Dr. Erno Harzheim, telefone (51) 33085680, e-mail [ernoharz@terra.com.br](mailto:ernoharz@terra.com.br) ,

Endereço institucional Ramiro Barcelos nº 2.600, 4º andar, Bairro Santana, Porto Alegre.

No caso de qualquer dúvida ética, poderá entrar em contato com o Coordenador–Geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Sr. Daniel Demétrio Faustino da Silva, através do telefone 3357-2407 ou no endereço Av. Francisco Trein, nº 596, Bloco H, 3º andar, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre, RS.











Identificação

--	--	--	--

## B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº1

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação □□□□					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C5. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) neste "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Uma vez que você chega "nome do médico/enfermeira/local", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico do "nome do médico/enfermeira/local" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12. Quando você tem que ir ao "nome do médico/enfermeira/local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação

--	--	--	--

## D. ATENDIMENTO CONTINUADO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que "nome do médico/enfermeira/local" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O "nome do médico/enfermeira/local" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. "nome do médico/enfermeira/local" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. "nome do médico/enfermeira/local" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D10. "nome do médico/enfermeira/local" conhece a sua história médica completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. "nome do médico/enfermeira/local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do médico/enfermeira/local" para outro, se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do médico/enfermeira/local" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



Identificação					
E.COORDENAÇÃO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do médico/enfermeira/local"?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta F1)					
<input type="checkbox"/> Não tem certeza/não lembra (Pule para a pergunta F1)					
E3. Quando foi a última vez que consultou um especialista ou serviço especializado?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m m a a a a				
E4. Essa consulta se deveu a um problema persistente de saúde ou um problema que já dura mais de um ano?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
E5. Você já consultou com este especialista ou serviço especializado antes desta última consulta?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E6. O "nome do médico/enfermeira/local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. O "nome do médico/enfermeira/local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. O "nome do médico/enfermeira/local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E10. O "nome do médico/enfermeira/local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. O "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local" ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação

--	--	--	--

## G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Vacinas (imunizações)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura para um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Colocação de tala para tomazelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação □□□□					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G15. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde. (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação

--	--	--	--

## H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

As próximas perguntas tratam de diferentes orientações/conselhos em saúde que podem ser recebidos às vezes. Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Em consultas ao "nome do médico/enfermeira/local", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)					
H1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação

--	--	--	--

## I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do médico/enfermeira/local" com a sua família. Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1. O "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2. O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3. O "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1. Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. O "nome do médico/enfermeira/local" ouviu opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do médico/enfermeira/local" realiza alguma destas?					
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K. COMPETÊNCIA CULTURAL					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K1. Você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local" para um amigo ou parente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre a saúde (homeopatia, benzedeiras, religião) você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Tabela 2: Critérios de escolha dos municípios selecionados para a pesquisa segundo a classificação dos municípios brasileiros por porte populacional-IBGE e Cobertura da Estratégia Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal, Porto Alegre, 2009.

<b>Estrato por Porte Populacional IBGE</b>	<b>Critério Cobertura da ESF e equipes de Saúde Bucal na ESF (dados SCNES Março de 2009)</b>	<b>Nº de municípios que atendem ao critério de cobertura</b>	<b>Município Selecionado</b>
<b>+ de 500 mil Hab. (33 Municípios)</b>	<b>100%</b> de cobertura de ESF e <b>80%</b> de cobertura de Saúde Bucal	03	<b>João Pessoa (PB)</b> 683.280 Hab.
			<b>Aracajú (SE)</b> 511.893 Hab.
<b>De 100 a 500 mil Hab. (198 Municípios)</b>	<b>100%</b> de cobertura de ESF e <b>100%</b> de cobertura de Saúde Bucal	06	<b>Apucarana (PR)</b> 115.323 Hab.
			<b>Santana (Amapá)</b> 105.099 Hab.
<b>De 20 a 100 mil Hab. (1292 Municípios)</b>	<b>100%</b> de cobertura de ESF e <b>100%</b> de cobertura de Saúde Bucal	301	<b>Amparo (SP)</b> 68.578 Hab.
			<b>Nova Olinda do Norte x(AM)</b> 32.638 Hab.
<b>De 5 a 20 mil Hab. (2666 Municípios)</b>	<b>100%</b> de cobertura de ESF e <b>100%</b> de cobertura de Saúde Bucal	1.397	<b>Rio Claro (RJ)</b> 18.407 Hab.
			<b>Chapada dos Guimarães (MT)</b> 18.267 Hab.
<b>Até 5 mil Hab. (1371 Municípios)</b>	<b>100%</b> de cobertura de ESF e <b>100%</b> de cobertura Saúde Bucal	969	<b>Aceguá (RS)</b> 4.231 Hab.
			<b>Santo Antônio de Goiás (GO)</b> 4.055 Hab.



## INSTRUMENTO ESTUDO DELPHI

<p><b>Coluna 1</b></p> <p><i>Relação de ações relacionadas à Integralidade em Odontologia em Atenção Primária (Serviços Prestados e Oferecidos em Odontologia na Atenção Primária)</i></p>	(RODADA ANTERIOR)									(RODADA ATUAL)				
	Incluir como assunto	Não incluir como assunto	1. Certamente importante	2. Importância moderada	3. Certamente não importante	Feedback				Incluir como assunto	Não incluir como assunto	1. Certamente importante	2. Importância moderada	3. Certamente não importante
						% de inclusão	% Certamente importante	% Importância moderada	% Certamente não importante					
Exame Odontológico	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Limpeza Dentária (RAP-SUPRA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Restaurações	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Fluorterapia	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Orientações sobre o uso do flúor	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Orientações sobre Fluorose	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Atendimento de Urgência para dor ou trauma	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Exame de Tecidos Moles -Preventivo Câncer de Boca	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Orientações sobre Fatores de Risco sobre Câncer de Boca	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Extrações Dentárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

<i>Visita Domiciliar</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Consulta Odontológica Agendada para Tratamento</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Consulta Odontológica Agendada para Revisão</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientação sobre Higiene Bucal (escova/fio-dental)</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento PPNE – Pacientes Portadores de Necessidades Especiais</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento ao PRD – Pacientes Restritos ao Domicílio em sua casa</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Encaminhamento a outros níveis de complexidade</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Realização de Programas Saúde Bucal em Creches e Escolas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Nutrição e Dieta</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Avaliação sobre Problemas de Mastigação ou Fala</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Aconselhamento sobre como Parar de Fumar</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Realização de Pré-natal Odontológico</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientação sobre mudanças orais causadas pelo envelhecimento</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento para Bruxismo</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Moldagem para Prótese Dentária</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e Cuidados aos Hipertensos e Diabéticos</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre a Água para Consumo Humano</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Tratamento Periodontal</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e Tratamento para Aftas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Conservação de Próteses Odontológicas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

<i>Orientação e tratamento de Dores Articulares (ATM)</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento para Xerostomia</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Medicamentos que interferem na boca</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações aos Cuidadores de Pacientes Acamados ou com Necessidades Especiais</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre dificuldades na alimentação</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento para Abrasão e Erosão Dentárias</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Perda do Paladar</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Hábitos Deletérios</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientação e encaminhamento dos Respiradores Bucais</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Herpes Simples</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Erupção dos 3º molares</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento da Pericoronarite</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre problemas advindos do uso de Piercing oral -</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações sobre Transtornos Alimentares</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Realização de Pequenas Cirurgias Oraís</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientação e encaminhamento de Fissurados-Fendas Palatinas</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Realização de Interconsulta</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Orientações e tratamento para Halitose</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Realização de Grupos Operativos e Terapêuticos</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
<i>Realização de Acolhimento do usuário</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

## Orientações de preenchimento da planilha para validação dos itens de integralidade do instrumento PCAtool Brasil dirigido à Saúde Bucal versão usuários:

**A coluna 1** - lista a relação de ações referentes à integralidade em Odontologia na Atenção Primária à Saúde, ou seja, serviços prestados e oferecidos.

### Colunas que registram as informações da rodada anterior:

Cada um dos itens desta lista **foi** incluído como tema freqüente ou excluído na rodada anterior (opções das colunas 2 e 3). As colunas 4 a 6 correspondem ao grau de importância que as ações devem ter para a construção de um instrumento de avaliação das dimensões da integralidade do cuidado de profissionais Cirurgiões-Dentistas na Atenção Primária (serviços prestados e oferecidos na Odontologia em Atenção Primária) referidos na rodada anterior.

- Nas colunas 2 e 3 ficará assinalado **uma das opções** quanto a inclusão ou exclusão do assunto de acordo com a rodada anterior;
- Nas colunas 4 à 6 ficará assinalada a resposta da rodada anterior;
- As colunas 7 à 10 correspondem aos campos do feedback de cada rodada anterior do Delphi (retorno ao participante das estatísticas das respostas do grupo).

### Colunas que registram as informações da rodada atual:

Cada um dos itens da **coluna 1** poderá ser incluído (coluna 11) como ação realizada em Odontologia na Atenção Primária ou excluído (coluna 12). Já as colunas 13 à 15 correspondem ao grau de importância que as ações devem ter para a construção de um instrumento de avaliação das dimensões da integralidade do cuidado de profissionais Cirurgiões-Dentistas na Atenção Primária (serviços prestados e oferecidos na Odontologia em Atenção Primária).

- Nas colunas 11 e 12 é necessário assinalar **uma das opções** quanto a inclusão ou exclusão do assunto.
- Nas colunas 13 à 15 **apenas uma resposta assinalada será considerada** para avaliação no estudo Delphi, ou seja, você deverá escolher para cada ação se ela é certamente importante, se tem importância moderada ou se ela é certamente não importante.

Dinâmica do Estudo Delphi:

- Na primeira semana você receberá a planilha acima e deverá responder as colunas da rodada atual. As colunas da rodada anterior já estão marcadas com “X”, pois você não as utilizará nesta semana, já que o estudo está começando e não há rodada anterior. Após respondê-la, por favor, envie a planilha como anexo no seu e-mail para o seguinte endereço eletrônico: [liegefontanive@gmail.com](mailto:liegefontanive@gmail.com). Você pode sugerir novos assuntos ou dar outras sugestões no corpo do e-mail, por favor, não altere a lista de ações iniciais (**coluna 1**).
- Na segunda semana você receberá suas respostas dadas na rodada anterior nas colunas 2 à 6 e as estatísticas do grupo nas colunas em cinza. A partir daí poderá avaliar as respostas dadas pelo grupo e manter ou mudar de opinião reavaliando as ações da **coluna 1** e respondendo as colunas em azul da rodada atual. Após respondê-la, por favor, envie a planilha como anexo no seu e-mail para o seguinte endereço eletrônico: [liegefontanive@gmail.com](mailto:liegefontanive@gmail.com). Você pode sugerir novos assuntos ou dar outras sugestões no corpo do e-mail, por favor, não altere a lista de ações iniciais (**coluna 1**).
- Nas semanas seguintes você procederá como na segunda semana até ocorrer a estabilização das respostas do grupo, ocasião em que o estudo será finalizado. Você recebe a planilha, responde as colunas em azul e a partir da segunda semana pode, antes de responder, olhar as estatísticas de respostas do grupo nas colunas verdes. **Você poderá sugerir novos assuntos apenas até a terceira rodada.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE COM ÊNFASE EM**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



**ESTUDO DELPHI PARA VALIDAÇÃO DOS ÍTEMS DE INTEGRALIDADE DO**  
**INSTRUMENTO PCATool BRASIL DIRIGIDO À SAÚDE BUCAL VERSÃO USUÁRIOS.**

---

## **APRESENTAÇÃO**

---

Ilma. Sr. (a) \_\_\_\_\_,

Estamos convidando-o (a) a participar do estudo nacional realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição e com o Ministério da Saúde, que pretende discutir a integralidade nos serviços de atenção à saúde bucal no SUS, da mesma forma esta pesquisa pretende validar o instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) para área de saúde bucal (Instrumento que avalia os serviços de saúde quanto à sua orientação aos princípios da Atenção Primária).

Para alcançar este objetivo será utilizado um modelo de estudo que se denomina Delphi e que implicará em rodadas sucessivas de participação e reflexão sobre aspectos relacionados à integralidade do cuidado nos serviços odontológicos na atenção primária, cujo objetivo é que o grupo chegue a um consenso sobre o assunto. A participação na pesquisa se dará por meio eletrônico (e-mail) no horário que mais convier ao participante. Estima-se um máximo de seis rodadas, cada uma com intervalo de uma semana, onde o participante deverá, após reflexão, dar respostas objetivas em uma planilha proposta pelos pesquisadores.

A pesquisa contará com a participação de 36 pessoas das cinco regiões do Brasil, dentre elas: cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família oriundos de municípios com alta cobertura da ESF e com alta cobertura de equipes de saúde bucal na ESF; cirurgiões-dentistas professores e pesquisadores de odontologia em atenção primária e gestores municipais, estaduais e federais. Neste contexto, naturalmente o seu nome foi imediatamente proposto pela coordenação do estudo Delphi.

Desejamos que esse estudo possa fomentar a discussão sobre as ações odontológicas desenvolvidas na atenção primária, especialmente sob a ótica do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização da rede

assistencial brasileira, em função disto ficaríamos muito honrados em contar com a sua participação.

Desde já agradecemos sua atenção,

Coordenação do Estudo Delphi

---

**Pesquisadora:** Liége Teixeira Fontanive

Cirurgiã-Dentista, com Residência Integrada em Saúde Coletiva: Ênfase em Atenção Primária pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Sanitarista pela Fundação Oswaldo Cruz, Mestranda em Epidemiologia UFRGS, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do Município de Sapucaia do Sul.

Fone de contato: (51) 92618822

e-mail: [liegefontanive@gmail.com](mailto:liegefontanive@gmail.com)

**Orientador:** Erno Harzheim

Médico, Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Alicante e pós-doutorado em Epidemiologia pela UFRGS, Professor Adjunto da UFRGS, Coordenador do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária de Porto Alegre.

Fone de contato: (51) 91783590

e-mail: [ernoharz@terra.com.br](mailto:ernoharz@terra.com.br)

**Co-orientadora:** Caren Serra Bavaresco

Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva (ABO-RS), Mestre em Bioquímica (UFRGS), Doutora em Bioquímica (UFRGS). Preceptora da Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC), Consultora em Odontologia no Projeto Telessaúde-RS.

Fone de contato: (51) 93322060

e-mail: [c\\_bavaresco@yahoo.com.br](mailto:c_bavaresco@yahoo.com.br)



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE COM ÊNFASE EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ESTUDO DELPHI PARA VALIDAÇÃO DOS ÍTEMS DE INTEGRALIDADE DO  
INSTRUMENTO PCATool BRASIL DIRIGIDO À SAÚDE BUCAL VERSÃO USUÁRIOS.

---

## APRESENTAÇÃO

---

Caro Gestor,

Estamos convidando-o a colaborar com o estudo nacional realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição e com o Ministério da Saúde, que pretende discutir a integralidade nos serviços de atenção à saúde bucal no SUS, da mesma forma esta pesquisa adaptará o instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) para área de saúde bucal (Instrumento que avalia os serviços de saúde quanto à sua orientação aos princípios da Atenção Primária). Para tanto, pedimos sua contribuição indicando o nome, contatos telefônicos e e-mail, de um participante para esta pesquisa com o seguinte perfil: cirurgião-dentista atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF) há mais de 2 (dois) anos e preferencialmente com pós-graduação em Saúde Pública, Saúde da Família ou Saúde Coletiva.

Para alcançar este objetivo será utilizado um modelo de estudo que se denomina Delphi e que implicará em rodadas sucessivas de participação e reflexão sobre aspectos relacionados à integralidade do cuidado de serviços odontológicos na atenção primária, cujo objetivo é que o grupo chegue a um consenso sobre o assunto. A participação na pesquisa se dará por meio eletrônico (e-mail) no horário que mais convier ao participante. Estima-se um máximo de seis rodadas, cada uma com intervalo de uma semana, onde o participante deverá, após reflexão, dar respostas objetivas em uma planilha proposta pelos pesquisadores.

A pesquisa contará com a participação de 36 pessoas das cinco regiões do Brasil, dentre elas: cirurgiões-dentistas que atuam na estratégia saúde da família, professores e pesquisadores de odontologia em atenção primária e gestores municipais, estaduais e federais. O seu município foi escolhido por apresentar uma alta cobertura populacional da ESF e especialmente de Equipes de Saúde Bucal na ESF.

Desejamos que esse estudo possa fomentar a discussão sobre as ações odontológicas desenvolvidas na atenção primária, especialmente sob a ótica do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização da rede

assistencial brasileira, em função disto ficaríamos muito honrados em contar com a participação de um de seus profissionais.

Desde já agradecemos sua atenção,

Coordenação do Estudo Delphi

---

**Pesquisadora:** Liége Teixeira Fontanive

Cirurgiã-Dentista, com Residência Integrada em Saúde Coletiva: Ênfase em Atenção Primária pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Sanitarista pela Fundação Oswaldo Cruz, Mestranda em Epidemiologia UFRGS, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do Município de Sapucaia do Sul.

Fone de contato: (51) 92618822

e-mail: [liegefontanive@gmail.com](mailto:liegefontanive@gmail.com)

**Orientador:** Erno Harzheim

Médico, Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Alicante e pós-doutorado em Epidemiologia pela UFRGS, Professor Adjunto da UFRGS, Coordenador do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária de Porto Alegre.

Fone de contato: (51) 91783590

e-mail: [ernoharz@terra.com.br](mailto:ernoharz@terra.com.br)

**Co-orientadora:** Caren Serra Bavaresco

Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva (ABO-RS), Mestre em Bioquímica (UFRGS), Doutora em Bioquímica (UFRGS). Preceptora da Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC), Consultora em Odontologia no Projeto Telessaúde-RS. Fone de contato: (51) 93322060 e-mail: [c\\_bavaresco@yahoo.com.br](mailto:c_bavaresco@yahoo.com.br)





**HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.**  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP: 91359-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2050  
CNPJ: 02.787.118/0001-29

**HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO**  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

**HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.**  
Rua Domingos Rubbo, 20  
CEP: 91040-500 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 02.787.126/0001-76

**HOSPITAL FEMINA S.A.**  
Rua Moscardini, 17  
CEP: 91433-071 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 02.693.134/0001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária de 28 de julho de 2010 analisou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 10-002

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

LIÉGE TEIXEIRA FONTANIVE  
CAREN SERRA BAVARESCO  
ERNO HARZHEIM

**Título:** VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PCATool-BRASIL DIRIGIDA À SAÚDE BUCAL - VERSÃO USUÁRIOS.

Documentação: Aprovados  
Aspectos Metodológicos: Aprovados  
Aspectos Éticos: Aprovados

Parer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC. Lembramos do compromisso de encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 29 de julho de 2010.

Daniel Demétrio Faustino da Silva  
Coordenador-geral do CEP/GHC



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

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Erno Harzheim

**Registro do CEP:** 574 **Processo N°.** 001.053406.10.9

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – Atenção Básica de Saúde Bucal

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.053406.10.9, referente ao projeto de pesquisa: **“Adaptação e validação do instrumento PcaTool- Brasil dirigido à saúde bucal versão usuários”**, tendo como pesquisador responsável Erno Harzheim cujo objetivo é “Adaptar e validar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários, dirigido à Saúde Bucal. Construir consenso entre experts na área de Atenção Primária em Saúde Bucal sobre ações que compõe o cuidado odontológico integral em APS, para adaptar o instrumento PCATool-Brasil versão usuários com relação ao item integralidade . Verificar a consistência interna e confiabilidade do instrumento PCATool-Brasil dirigido à Saúde Bucal versão usuários”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
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, 11/01/2011

**Elen Maria Borba**  
Coordenadora do CEP







A8 – Há quanto tempo você consulta com/neste "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- 1 – 2 anos
- 3 – 4 anos
- 5 ou mais anos
- variável demais para especificar
- não tem certeza/não lembra

A9 – Você escolheu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" ou ele foi escolhido para você? (Leia as alternativas)

- Você ou alguém da sua família escolheu
- Ele foi definido para você
- Outro
- Não tem certeza/não lembra

A10 - Você consulta com/neste "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" principalmente devido a um problema de saúde bucal específico?

- Sim     Não     Não tem certeza/ Não lembra

A11 – Você tem um plano / seguro saúde atualmente?

- Sim     Não (pule para a sessão B)

A12 - Este plano inclui atendimento em saúde bucal?

- Sim     Não

### B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão de saúde bucal com o dentista (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" antes de ir a outro serviço de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema na boca ou nos dentes, você vai ao seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" antes de ir a outro serviço de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um dentista especialista (por exemplo: para fazer um tratamento de canal - endodontista ou tratamento de gengivas - periodontista), o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

2207093137

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está aberto e você apresenta algum problema na boca ou nos dentes, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando apresenta um problema na boca ou nos dentes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está fechado no sábado e domingo e você tem um problema na boca ou nos dentes, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está fechado e você tem um problema na boca ou nos dentes durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão com o dentista (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com dentista (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11. É difícil para você conseguir atendimento com o dentista no "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12. Quando você tem que ir ao "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D - LONGITUDINALIDADE					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1. Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista", é o mesmo dentista que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que o seu "dentista" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O seu "dentista" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o "dentista" que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. O seu "dentista" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. O seu "dentista" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. O seu "dentista" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. O seu "dentista" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10. O seu "dentista" conhece a sua história de saúde geral e de saúde bucal completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. O seu "dentista" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. O seu "dentista" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos ou produtos de higiene oral, como escova, pasta de dente ou fio-dental, que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. O seu "dentista" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" para outro se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" para outro serviço de saúde bucal se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



--	--	--	--

### E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.

Por favor, indique a melhor opção

E1- No "nome do dentista/local" você recebe os resultados dos seus exames de raio-x dentários?

Sim  Não

E2 - Você já foi consultar qualquer tipo de dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"? (Por exemplo: para fazer tratamento de canal, para fazer tratamento nas gengivas ou para fazer uma cirurgia mais complicada na boca)

Sim  Não (Passe para a questão F1)  Não sei/ não lembro (Passe para a questão F1)

E3 – Quando foi a última vez que consultou um dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado?

		/				
--	--	---	--	--	--	--

E4 - Essa consulta com dentista especialista se deveu a um novo problema de saúde ou um problema que já dura a mais de um ano?

Sim  Não

E5 - Você já consultou com este dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado antes desta última consulta?

Sim  Não

**As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E6. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" sabe que você fez essas consultas com este dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. O seu "dentista" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. O seu "dentista" ou alguém que trabalha no/com "nome do serviço de saúde bucal" ajudou-o a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10. O seu "dentista" escreveu alguma informação para o dentista especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Depois que você foi a este dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado, o "nome do dentista" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. O seu "dentista" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este dentista especialista ou serviço de saúde bucal especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

9293093139

[ ][ ][ ][ ]					
<b>F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES</b>					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" você leva algum dos registros de saúde bucal ou boletins de atendimento com dentista que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de urgência com dentista, exames de raio-x dos dentes)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde bucal/ ou nome dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista", o seu prontuário (história clínica dentária) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS</b>					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
<b>A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você ou sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.</b>					
Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista")					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G1. preventivo da boca (Câncer de Boca).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Restauração ou obturação dos dentes.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Extração dentária, ou seja, arrancar um dente que não possa ser tratado.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Aplicação de Flúor nos dentes e orientação sobre o seu uso.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Tratamento das doenças da Gengiva/limpeza dos dentes.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Atendimento de urgência em casos de dor, sangramento ou trauma/acidente/batida.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Tratamento e orientações para pessoas com mau hálito.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Atendimento da gestante com dentista/Pré-natal odontológico.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9. Tratamento e orientações para aftas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Orientações de como cuidar das próteses dentárias (dentadura, ponte móvel, por exemplo).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Orientações e tratamento dos sintomas em casos de dor na articulação da boca/no carrinho.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>2419093132</b>					

[ ] [ ] [ ] [ ]					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G12. Aconselhamento sobre nutrição e dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Tratamento e orientação em caso de dor no dente siso/dente do juízo.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Tratamento e orientações de saúde bucal aos Pacientes com Deficiência.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Tratamento e orientações de saúde bucal em seu domicílio aos pacientes acamados ou que não podem sair de suas casas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Esclarecimentos sobre problemas que possam ocorrer quando se utiliza "piercing" na boca.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Orientação e encaminhamento de pessoas que respiram pela boca para tratamento médico.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Orientações sobre feridas na boca/herpes simples.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Orientações e encaminhamento de pessoas com mal-formações no lábio e no céu da boca (fenda labial, fenda palatina, lábio leporino).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre alterações no gosto dos alimentos/paladar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. Orientações às pessoas que rangem os dentes/bruxismo.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G23. Orientações sobre transtornos alimentares/problemas alimentares.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G24. Orientações sobre problemas causados pelo excesso de flúor nos dentes/fluorose.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G25. Orientações de saúde bucal para quem cuida (cuidadores) de pacientes acamados ou com deficiência.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G26. Orientações e cuidados de saúde bucal às pessoas com pressão alta (hipertensos) e diabéticos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS</b>					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
<b>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta de saúde bucal no "nome do serviço de saúde bucal/ nome do dentista"</b>					
Em consultas ao "nome do serviço de saúde bucal/ nome do dentista", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
H1. Exame da boca / exame dos dentes/ exame odontológico.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Orientações sobre hábitos que podem prejudicar a boca e os dentes (roer unhas, morder bochechas, por exemplo).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>1275093131</b>					

[ ][ ][ ][ ]					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H3. Orientações sobre o que fazer para prevenir o Câncer de Boca.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Tratamento e orientações sobre desgastes nos dentes.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Orientações sobre medicamentos/remédios que interferem na boca.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Orientações de como realizar a higiene da boca (escova/fio-dental).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Realização de atividades de educação em saúde na unidade de saúde ou na comunidade (grupos, oficinas, palestras, por exemplo).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Orientações sobre mudanças que ocorrem na boca com o envelhecimento.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Orientações sobre a água que você bebe.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
<b>As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde bucal/ nome do dentista" com sua família.</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1. O seu "dentista" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2. O seu "dentista" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer de boca, diabetes, pressão alta, tabagismo, alcoolismo?)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3. O seu "dentista" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1. Alguém no "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. O seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. O seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do "dentista" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></div>					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde bucal/ nome do dentista" com sua família.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços de saúde bucal estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K - COMPETÊNCIA CULTURAL					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K1. Você recomendaria o "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" para um amigo ou parente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre a saúde (homeopatia, benzedeiros, religião) você recomendaria o "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>