

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

MARIANA LOCH DOS REIS

A AVALIAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ACERCA DOS ATRIBUTOS  
LONGITUDINALIDADE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Porto Alegre

2012

MARIANA LOCH DOS REIS

A AVALIAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ACERCA DOS ATRIBUTOS  
LONGITUDINALIDADE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

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

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2012

### **CIP – Catalogação na Publicação**

Reis, Mariana Loch dos.

A avaliação dos cirurgiões-dentistas acerca dos atributos longitudinalidade e Integralidade do cuidado / Mariana Loch dos Reis. – 2012.

49 f. : il.

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

Orientador: Fernando Neves Hugo

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Odontólogos. 4. Longitudinalidade. 5. Integralidade. 6. Estratégia saúde da família. I. Hugo, Fernando Neves. II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, o Professor Fernando Neves Hugo, bem como a Professora Juliana Hilgert pela orientação na confecção deste trabalho.

Ao Otávio Pereira D´Avila pela ajuda, paciência e orientação.

Aos meus pais e ao meu irmão, por me apoiarem sempre.

Aos meus colegas pela ajuda.

Ao Felipe Freitas pelas revisões do trabalho.

À bibliotecária Rejane Raffo Klaes pela ajuda e compreensão.

## RESUMO

REIS, Mariana Loch dos. **A avaliação dos cirurgiões-dentistas acerca dos atributos longitudinalidade e integralidade do cuidado**. 2012. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada com vistas a reorganizar o Sistema de Saúde Brasileiro. Como modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), fundamenta-se nos princípios de Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do cuidado. A avaliação do atributo longitudinalidade do cuidado em saúde bucal ainda é escassa na literatura, reforçando a importância deste estudo. Destes, este trabalho averiguou, de acordo com a avaliação dos cirurgiões-dentistas, a longitudinalidade e a integralidade, objetivando avaliar se a implantação de profissionais de família proporciona um melhor acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo, bem como a integralidade desse acompanhamento, levando a um melhor funcionamento do sistema de saúde e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade do cuidado. Metodologia: aplicação do questionário PCATool-Saúde Bucal para profissionais, e de um questionário sobre aspectos socioeconômicos, a 29 cirurgiões-dentistas do estado do Rio Grande do Sul que estão matriculados no curso de especialização de Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. A avaliação dos atributos longitudinalidade e integralidade foi feita através de blocos de perguntas que correspondem a esses. Realizou-se a análise das frequências relativas e absolutas das variáveis qualitativas, a descrição das variáveis quantitativas na forma de média e respectivos desvios-padrão e Teste t de Student e Correlação de Pearson para avaliar se havia associação entre tempo de formação e a orientação para APS. Para obter o escore da qualidade da APS foi calculada a média dos valores itens que compõem cada dimensão correspondente aos atributos longitudinalidade e integralidade do PCATool e a orientação para APS foi categorizada de acordo com o ponto de corte 6,6 (menor equivalente a serviço não orientado e igual ou maior a serviço orientado para APS). Resultados: 22 (75,9%) são do sexo feminino e 7 (24,1%) do sexo masculino, 26 (89,7%) trabalham na ESF e 3 (10,3%) em Unidades Básicas de Saúde sendo 11 (37,9%) com vínculo empregatício de servidor e 16 (55,2%) regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho e 2 (6,9%) cooperados. A média do escore geral para o atributo longitudinalidade foi de 7,69 (desvio de 1,18), para a integralidade dos serviços disponíveis foi de 9,44 (desvio de 0,65) e para a integralidade dos serviços prestados foi de 9,62 (desvio de 0,55), demonstrando que os profissionais entrevistados estão orientados para a APS. Para o ano de formado, que varia de 1981 a 2010, não foi encontrada correlação entre o ano de formatura e a orientação para APS nos atributos longitudinalidade (-350, p 0,063) e integralidade (-302, p 0,112). Conclusões: os profissionais entrevistados para este estudo apresentaram excelente orientação para APS. Acredita-se que isso decorra do fato de estarem cursando uma especialização em Saúde da Família, o que indica um perfil interessado na APS. Recomenda-se mais estudos sobre o assunto.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde. Odontólogos. Longitudinalidade. Integralidade. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

REIS, Mariana Loch dos. **The evaluation of dentists about the attributes longitudinality and comprehensive care.** 2012. 48 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

The Family Health Strategy (FHS) was implemented in order to reorganize the Brazilian Health System as a model of Primary Health Care (PHC), based on the principles of access, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care. The evaluation of the attribute longitudinality of oral health care is still scarce in the literature, reinforcing the importance of this study. In this study we evaluated longitudinality and comprehensiveness, based on Dentists' perceptions, aiming to evaluate if the implementation of family oral health care provides better assistance for individuals over time, as well as the completeness of follow-up, leading to better functioning of the health system and, consequently, to quality of care. Methodology: the questionnaire PCATool Brazil, and a questionnaire on socio-economic aspects were applied to 29 dentists in the state of Rio Grande do Sul who are enrolled in a specialization course in Family Health Care. The evaluation of the Primary Health Care attributes longitudinality and comprehensiveness is performed over blocks of questions that correspond thereto. Statistical analyses comprised relative and absolute frequencies of the qualitative variables, the description of quantitative variables as mean and standard deviations, Student's t-test and Person's correlations. PCATool longitudinality and comprehensiveness scores were calculated and the mean values of each attribute ranged from 0 to 10. Results: 22 participants (75.9%) were female and 7 (24.1%) were male, 26 (89.7%) worked in the Family Health Strategy and 3 (10.3%) in Conventional Primary Care Services; 11 (37.9%) were employed under stable regimen and 16 (55.2%) as regular workers and 2 (6.7%) as cooperated. The mean score of the attribute longitudinality was 7.69 (SD 1.18), of the attribute comprehensiveness/available services 9.44 (SD 0.65) and of the attribute comprehensiveness 9.62 (SD 0.55), demonstrating that the services where the dentists worked were oriented towards Primary Health care due to scores that were on average greater than 6.6. No correlations were found between years passed since graduation and attributes scores. Conclusions: professionals interviewed for this study had excellent guidance to PHC. It is believed that this arises from the fact that they are pursuing a specialization in Family Health, which indicates a profile interested in the PHC. It is recommended that further studies on the subject.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Evaluation. Dentists. Longitudinality. Comprehensiveness. Family Health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
1.1	OBJETIVOS .....	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	11
2.2	ORGANIZAÇÃO DA APS NO BRASIL E SAÚDE BUCAL.....	14
2.3	LONGITUDINALIDADE .....	16
2.4	INTEGRALIDADE .....	16
2.5.1	<b>Instrumentos de avaliação</b> .....	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
3.1	DELINEAMENTO .....	21
3.2	DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO.....	21
3.3	COLETA DE DADOS.....	21
3.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	22
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	22
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>31</b>
	<b>ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PCATool SB Versão Profissional</b> .....	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada no país no ano de 1994, como Programa Saúde da Família (PSF), possui como dimensões essenciais quatro atributos fundamentais consubstanciados pelo acesso, longitudinalidade do cuidado, integralidade do cuidado e coordenação do cuidado; e três atributos derivados, constituídos pela orientação à família, à comunidade e adequação cultural.

Destes sete atributos, a literatura ressalta a longitudinalidade do cuidado como o mais importante de todos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Esta importância justifica-se, pois o atendimento a este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo, assim, encaminhamentos a especialistas e a necessidade de realizar procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; ORTÚN; GÉRVAS, 1996; GÉRVAS; FERNANDÉZ, 2005). Dada sua importância, surgem debates em relação a sua definição, pois não existe ainda um consenso. A definição mais utilizada é a de Starfield, 2002, p.62:

Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade de atenção básica, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria estar refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

Entretanto, independentemente da definição usada, palavras como continuidade, integralidade e vínculo são frequentemente utilizadas para conceituá-la.

A longitudinalidade do cuidado, também nomeada continuidade do cuidado, é destacada como atributo mais importante da atenção primária, uma vez que possibilita, por meio do acompanhamento longitudinal dos indivíduos, um melhor conhecimento e entendimento deste como um ser biopsicossocial (NASCIMENTO, 2011). Isso permite aos profissionais envolvidos uma melhor compreensão do indivíduo e da realidade em que vive, facilitando o entendimento das patologias apresentadas pelo mesmo e evidenciando a necessidade de programas preventivos.

A partir do conhecimento dos indivíduos e da comunidade onde vivem, obtêm-se uma visão das necessidades daquela população, possibilitando a análise das



patologias mais frequentes e a provável causa de sua prevalência neste grupo populacional, direcionando ações educativas e preventivas a fim de evitar um aumento da prevalência nesta população.

O acompanhamento de pacientes pode ser feito sempre pela mesma equipe, o que seria ideal, visto que assim cria-se um vínculo de confiança entre profissional e paciente, ou por meio de prontuários, que possuiriam todos os dados referentes àquele paciente (consultas, exames, encaminhamentos, tratamentos, histórico familiar) (STARFIELD, 2002).

A Estratégia Saúde da Família vem buscando, com a sua implantação, a volta do médico de família, aquele profissional que atendia a mesma família por gerações, conhecendo todo o seu histórico médico, bem como os aspectos sociais desta. Tendo em vista que as equipes são multiprofissionais, não se busca apenas a retomada do médico de família, e sim a criação de vínculos que possibilitem que os demais componentes das equipes tornem-se profissionais de família (STARFIELD, 2002).

A ideia é que os profissionais possam acompanhar os usuários desde o nascimento, passando pela infância, adolescência, fase adulta, gestação até a terceira idade, conhecendo-os e suas famílias (STARFIELD, 2002).

Estudo de Baratieri e Marcon (2011) mostra a importância da presença de agentes comunitários de saúde a fim de possibilitar a longitudinalidade do cuidado exercida pelas equipes de saúde da família, pois são estes os profissionais responsáveis pelas visitas familiares e consequente mapeamento das necessidades da população, que são repassados à equipe e debatidos para orientar a estratégia de ação.

De acordo com Starfield (2002), a experiência continuada é necessária para manter a competência ao lidar com problemas; não deve ser esperado que nenhum profissional lide sozinho com todas as necessidades da população. Ao invés disso, a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com maior frequência e para que os profissionais mantenham sua competência.

Segundo Zilbovicius (2005), a integralidade é seletiva devido à antiga visão de que a boca é isolada do restante do corpo, como se esta fosse autônoma e autossuficiente, e que, portanto, o papel do cirurgião dentista seria exclusivamente restaurar este universo de forma dissociada do resto da saúde do indivíduo. Outro

fator seria a visão dos gestores de que a saúde bucal não é prioritária, pois não é tão ameaçadora para a saúde do povo brasileiro, deixando-a em segundo plano.

O processo de trabalho do cirurgião dentista está se encaminhando para a clínica ampliada, que de acordo com Campos (2003), é centrada no sujeito concreto, com o intuito de resgatar a integralidade humana, a formação de vínculo, sempre valorizando as singularidades sem perder a objetividade.

A saúde bucal passou a ser incluída na ESF após se constatar a necessidade por uma reorganização da atenção, visto que o modelo curativo havia levado a uma prática mutiladora e as ações de prevenção eram realizadas apenas em escolares. Com o intuito de modificar o modelo de assistência, e garantir uma odontologia mais integral e universal, exigindo a participação das equipes na gestão dos serviços, em 2001, começou a implementação das primeiras Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF) já existentes. Atualmente contamos com 22.213 equipes no Brasil (BRASIL, 2012a) e 774 equipes no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2012b).

## 1.1 OBJETIVOS

A fim de avaliar se a implantação de profissionais de família proporciona um melhor acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo, bem como a integralidade desse acompanhamento, levando a um melhor funcionamento do sistema de saúde e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade do cuidado, o objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da presença e da extensão dos atributos longitudinalidade e integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família, no Rio Grande do Sul. A avaliação do atributo longitudinalidade do cuidado em saúde bucal ainda é escassa na literatura, reforçando a importância deste trabalho.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Historicamente, a ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês buscava, por um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano, o qual detinha cunho curativo, fundamentando-se no reducionismo biológico e na atenção individual; por outro lado, visava a constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA; MOROSINI, 2009).

Segundo Starfield (2002), esse relatório distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola. Propôs-se vínculos formais entre os três níveis e se descreveu as funções de cada um, alicerçando o conceito de regionalização: “um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população.” (STARFIELD, 2002, p.30).

Este relatório influenciou a organização dos sistemas de saúde de diversos países que agora apresentam níveis de atenção claramente definidos (STARFIELD, 2002).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, onde propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS (MATTA; MOROSINI, 2009). De acordo com Starfield (2002), a meta social desta conferência era: “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Em face disso, a conferência passou a ser conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”.

Segundo Matta e Morosini (2009), no que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados

nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades.

Em 1979, a Assembleia Mundial de Saúde definiu APS, de acordo com a World Health Organization (1978), como cuidados essenciais à saúde baseados em tecnologia e métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, disponíveis universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meios acessíveis a eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada fase do seu desenvolvimento. É parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico de comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde.

Ainda de acordo com Matta e Morosini (2009), apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século.

Segundo Starfield (2002), a APS é orientada por quatro atributos fundamentais consubstanciados pelo acesso, longitudinalidade do cuidado, integralidade do cuidado e coordenação do cuidado; e três atributos derivados, constituídos pela orientação à família, à comunidade e adequação cultural. Eles são definidos pela autora da seguinte forma:

- Atributos Fundamentais:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, dentre outros.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
- Atributos derivados:
  - Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
  - Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
  - Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

## 2.2 ORGANIZAÇÃO DA APS NO BRASIL E SAÚDE BUCAL

Na década de 70, o movimento de Reforma Sanitária ganhou força no Brasil e suas ideias foram apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o que culminou na inserção de um dispositivo legal próprio na Constituição Federal de 1988, onde ficou estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei n.º 8.080 - Lei Orgânica da Saúde - instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA et al., 2003).

Com o intuito de melhorar o panorama da saúde no país e dando seguimento à Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde cria, no ano de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), visando expandir e qualificar a atenção básica à saúde através de uma política de inclusão social e reafirmar os princípios básicos do SUS. Este novo entendimento supera a antiga prática de caráter exclusivamente centrado na doença, ocorrendo através de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2012c). Em 2001, passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com Starfield (2002), por ser um modelo da APS, a ESF também é a porta de entrada no sistema de saúde para as necessidades e problemas de saúde da população, oferecendo atenção para a pessoa no decorrer do tempo, e para todas as condições, exceto as raras, além de coordenar ou integrar as ações fornecidas em outro lugar ou por terceiros.

A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A Atenção Primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo os serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28)

O Ministério da Saúde define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Para Starfield (2002), a Atenção Primária lida com os problema mais comuns e menos definidos. Nela, os pacientes têm acesso a uma fonte de cuidados

que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas, e inclui a necessidade de serviços preventivos.

No processo de reorganização da APS, a odontologia foi incluída na ESF, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos (BRASIL, 2002). Apenas a realização de procedimentos curativos não estava gerando o resultado esperado, ou seja, o acesso ao tratamento odontológico de toda a população com diferentes faixas etárias e a diminuição dos problemas bucais não era conseguido (BOARETO, 2011).

Com a inclusão da odontologia na ESF, viu-se a oportunidade de reverter esse quadro, visando a contribuir com o princípio da integralidade, oferecendo um serviço em todos os níveis e garantindo também a intersectorialidade, realizando ações destinadas à promoção de saúde, identificação, prevenção e o tratamento das doenças bucais, levando a uma melhor conscientização dos usuários (BOARETO, 2011).

A inclusão de profissionais de saúde bucal (SB) na ESF se iniciou, efetivamente, no início de 2000, caracterizando uma ampliação do atendimento em SB no país (BRASIL, 2002). Esta inclusão objetivou a melhoria dos indicadores epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações com ela relacionadas (BRASIL, 2011a).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2012a, 2012b), em março de 2001, foram implantadas as primeiras ESB na ESF: 32 municípios foram contemplados, com 124 equipes. No Rio Grande do Sul, em agosto de 2001, 1 município, com 1 equipe. Em março de 2006, esses números passaram para 4.018 municípios e 13.269 equipes no Brasil e 278 municípios e 442 equipes no Rio Grande do Sul. Em outubro de 2012, passaram para 4.903 municípios e 22.213 equipes no Brasil e 347 municípios e 774 equipes no Rio Grande do Sul.

### 2.3 LONGITUDINALIDADE

Dos sete atributos da APS, a literatura ressalta a longitudinalidade do cuidado como o eixo central da APS. Dada sua importância, surgem debates em relação a sua definição, pois inexistente ainda um consenso (CUNHA, 2009).

Os termos longitudinalidade do cuidado, continuidade do cuidado, vínculo longitudinal, são muitas vezes empregados como sinônimos. Mas para Starfield (2002), esses termos possuem significados diferentes, uma vez que a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo.

Pastor-Sánchez et al. (1997), definem a longitudinalidade como o acompanhamento dos diversos problemas de saúde de um paciente por um mesmo médico, e a continuidade do cuidado como o acompanhamento de um problema específico, pelo mesmo médico ou não. A continuidade não é um elemento característico da atenção primária, e tampouco exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, haja vista que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia. Já a longitudinalidade requer além dos registros completos, uma relação pessoal entre o profissional e o paciente.

O conceito de longitudinalidade do cuidado que será usado nesta pesquisa é o de Starfield (2002), que a define como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.

### 2.4 INTEGRALIDADE

Para Cecílio (2011), a integralidade só é possível a partir do momento em que a atenção deixa de ser fragmentada e o paciente é escutado, expondo suas necessidades e demandas. A integralidade é o objetivo da rede de atenção, portanto, entende-se que nada mais é do que a articulação e complementariedade de cada serviço de saúde, na sua singularidade, a uma rede mais complexa composta por outros serviços de saúde e instituições, não necessariamente de saúde.

Fletcher et al. (1983), apontam a integralidade como a segunda característica mais importante do cuidado, depois da continuidade, para os pacientes que



procuram os serviços de APS.

Segundo Starfield (2002), a integralidade da atenção assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde. Quando os serviços são limitados, o que poderia ser prevenido pode não mais o ser, as evoluções podem ser mais longas do que deveriam, podendo colocar a qualidade de vida em risco. A integralidade é julgada pela variedade de serviços disponíveis que atendem as necessidades comuns das populações e pela forma como os mesmos são utilizados.

Paim (2004) menciona que as bases da Reforma Sanitária contemplaram a integralidade em pelo menos quatro aspectos: integração de ações de saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação), nos três níveis de atenção; atuação profissional integrando as dimensões biopsicossociais; garantia de acesso para a continuidade da atenção independente do nível de complexidade e, por último, como a articulação de políticas relacionadas às condições de vida e determinantes da saúde.

Segundo Aguilar (2009), a dificuldade de acesso a serviços de maior densidade tecnológica torna a integralidade distante de ser alcançada, não conseguindo a resolutividade máxima dentro dos recursos atuais disponíveis para as necessidades de saúde que o usuário demanda. Infelizmente, isso ocorre devido a uma demanda reprimida, decorrente do antigo modelo de atenção, onde as ações de prevenção eram voltadas apenas a determinada faixa etária, o que gerou extensas filas de espera por tratamentos. Entretanto, a resolução deste problema não se encontra apenas no aumento do número de profissionais e de serviços de maior densidade tecnológica, este aumento deve ser acompanhado de ações de prevenção e promoção na APS, visando uma redução do agravo das doenças existentes e a prevenção de novas doenças.

## 2.5 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. De acordo com Hartz et al. (2008), os julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou elaborados a partir de uma pesquisa avaliativa. A avaliação pode ser externa, se realizada por equipe que não faça parte da organização, ou interna, quando conduzida pela própria equipe.

Originou-se das ciências sociais na década de 1930, tendo seu impulso na

década de 1950, através da incorporação de metodologias qualitativas mais avançadas aumentando seu poder explicativo como ferramenta de pesquisa social (GOES; MOYSÉS, 2012).

Avedis Donabedian, na década de 1960, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980). De acordo com Goes e Moysés (2012), esta é uma avaliação tradicional de intervenções, que fomentou o uso de instrumentos quantitativos.

Goes e Moysés (2012), afirmam que a avaliação das ações e dos serviços é um desafio permanente aos gestores, devendo um processo avaliativo em saúde considerar a saúde bucal como parte da saúde geral; usar as informações geradas na tomada de decisões e melhorar a qualidade dos serviços e programas de saúde bucal.

A avaliação aparece como a melhor alternativa de se obter informações sobre a efetividade de um sistema de saúde. Oferece aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, visto que são identificados os êxitos e as dificuldades, favorecendo a racionalização do gasto público (GOES; MOYSÉS, 2012).

### **2.5.1 Instrumentos de avaliação**

Os instrumentos para avaliação dos serviços utilizados no Brasil são:

- Avaliação para Melhoria da Qualidade – AMQ: criada em 2005 pelo Ministério da Saúde, está inserida no conjunto de ações propostas para a institucionalização da Avaliação da Atenção Básica. Direciona-se ao âmbito municipal da Estratégia Saúde da Família, tendo como atores principais os profissionais das equipes, coordenadores e gestores. Através de uma metodologia de avaliação sistêmica, dinâmica e interativa, possibilita a gestão interna dos processos de melhoria da qualidade com vistas ao contínuo aprimoramento deste modelo de atenção à saúde. Suas respostas são construídas de maneira coletiva, oportunizando debates e a criação de espaços para troca de conhecimento e formação de consensos (BRASIL, 2006).

- Primary Care Assessment Tool - PCATool: O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield e colaboradores, na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. Foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Foi validado e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool- Brasil (BRASIL, 2010).

- Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ: compõe o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), desenvolvido no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere e como uma das principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). A auto avaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2012d).

- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ: situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde. Seu propósito é a ampliação do acesso e da qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal (BRASIL, 2011b). Está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da

qualidade da atenção básica. A fase de avaliação é composta pela auto avaliação (AMAQ) e pela avaliação externa (BRASIL, 2012e).

- Questionário para Avaliação da Satisfação dos Usuários com serviços Públicos de Saúde Bucal (QASSaB): foi construído para os serviços brasileiros, sendo devidamente validado. Avalia a satisfação dos usuários com os serviços. É composto por duas partes, sendo a primeira de identificação das unidades de atendimento, identificação do entrevistado, pergunta concernente à dor de dente e auto percepção da saúde bucal. A segunda parte leva em consideração as dimensões de qualidade do serviço, com vistas a medir a satisfação dos usuários com o serviço. As dimensões incluídas foram: Disponibilidade do Serviço, Resolutividade ou efetividade, Ambiente Físico/Limpeza, Relações Humanas, Qualidade Técnico Científica dos Equipamentos, Eficácia e Aceitabilidade (SANTOS, 2007).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal descritivo.

#### 3.2 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento PCATool foi criado por Starfield et al na Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene. O PCATool Profissional é embasado no marco teórico da APS e foi proposto, fundamentalmente, para medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Originalmente, o instrumento na versão profissional contém 92 itens divididos entre os sete atributos e possibilita, por meio de respostas do tipo Likert, construir escores da APS que assumem valores entre 1 e 4 para cada atributo. O escore final de cada atributo é a média das respostas obtidas em cada item. Alguns atributos são compostos por sub-dimensões (primeiro contato = acessibilidade + utilização/integralidade = serviços prestados + serviços disponíveis/ coordenação = sistema de informação + fluxo do usuário) e na obtenção dos escores são incluídos todos os itens do atributo em questão.

População de estudo:

O presente estudo teve como base populacional 33 cirurgiões–dentistas, do estado do Rio Grande do Sul, que estão matriculados no curso de especialização de Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Do total, quatro profissionais não foram encontrados para participar do estudo e foram tratados como perda.

#### 3.3 COLETA DE DADOS

Além do instrumento PCATool, foi aplicado aos 29 cirurgiões-dentistas que aceitaram participar do estudo um questionário individual contendo informações sobre variáveis socioeconômicas (sexo e idade), forma de contratação, tempo de atuação em APS e formação de pós graduação. A coleta foi realizada por

pesquisadores, previamente treinados, que utilizaram um tablet para aplicar o instrumento de pesquisa. Os participantes foram contatados previamente por telefone e a entrevista foi agendada e realizada na UBS de trabalho de cada participante. Antes da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em voz alta e os participantes que concordaram assinaram o TCLE e a entrevista foi iniciada.

A avaliação dos atributos longitudinalidade e integralidade foi feita através de blocos de perguntas correspondentes aos mesmos. As respostas são do tipo Likert variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim). O instrumento atribui escores para os atributos.

A escala original do PCATool é do tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1=com certeza não, 2=provavelmente não 3=provavelmente sim, 4= com certeza sim.)

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

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

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se a análise das frequências relativas e absolutas das variáveis qualitativas, a descrição das variáveis quantitativas na forma de média e respectivos desvios-padrão e Teste t de Student e Correlação de Pearson. Para obter o escore da qualidade da APS, foi calculada a média dos valores itens que compõem cada dimensão correspondente aos atributos longitudinalidade e integralidade do PCATool.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os entrevistados foram previamente informados acerca dos objetivos e dos métodos da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa denominado:

*“Adaptação, validação e aplicação de um instrumento para avaliação da Atenção Primária em saúde bucal”*. Esse projeto tem como objetivo principal adaptar e validar a versão profissional do questionário PCATool versão Saúde Bucal e será base para uma tese de doutorado que está sendo desenvolvida no programa de pós graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

## 4 RESULTADOS

Foram entrevistados 29 cirurgiões dentistas, do Estado do Rio Grande do Sul, matriculados no curso de especialização de Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Conforme a tabela 1, destes, 22 (75,9%) são do sexo feminino e 7 (24,1%) do sexo masculino, 26 (89,7%) trabalham na ESF e 3 (10,3%) em Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo 11 (37,9%) com vínculo empregatício de servidor e 16 (55,2%) regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 2 (6,9%) cooperados.

Tabela 1 – Descrição da amostra porcentagem e (n)

Sexo		Local de trabalho		Vínculo empregatício		
Feminino	Masculino	ESF	UBS	Servidor	CLT	Cooperado
75,9% (22)	24,1% (7)	89,7% (26)	10,3% (3)	37,9% (11)	55,2% (16)	6,9% (2)

A tabela 2 contém os escores obtidos para cada atributo, por cada unidade de saúde. Apenas 4 cirurgiões-dentistas avaliaram a longitudinalidade como não orientada para APS (escore menor que 6,6). Todos avaliaram a integralidade de serviços disponíveis e prestados, como orientada para APS.

A média do escore geral para o atributo longitudinalidade foi de 7,69 (desvio de 1,18), para a integralidade dos serviços disponíveis foi de 9,44 (desvio de 0,65) e para a integralidade dos serviços prestados foi de 9,62 (desvio de 0,55), demonstrando que os profissionais entrevistados estão orientados para a APS, pois o escore foi superior a 6,6.

Tabela 2- Escore dos atributos por unidade de saúde.

Unidades	Escore longitudinalidade	Escore Integralidade serviços disponíveis	Escore Integralidade serviços prestados
1	8,46	9,87	10,00
2	7,69	9,62	9,63
3	8,21	9,74	9,63
4	7,18	7,56	8,89
5	9,49	8,97	8,52
6	5,13	7,69	8,15



<b>Unidades</b>	<b>Escore longitudinalidade</b>	<b>Escore Integralidade serviços disponíveis</b>	<b>Escore Integralidade serviços prestados</b>
7	7,44	8,85	8,89
8	5,64	8,72	10,00
9	9,49	10,00	10,00
10	8,21	9,74	10,00
11	7,69	9,87	10,00
12	8,46	10,00	10,00
13	8,46	10,00	10,00
14	6,15	10,00	10,00
15	8,72	10,00	10,00
16	7,18	8,72	9,26
17	6,92	9,23	9,63
18	6,92	9,62	10,00
19	8,21	9,74	10,00
20	7,18	9,87	10,00
21	9,74	10,00	10,00
22	7,44	8,97	9,26
23	8,21	9,87	10,00
24	9,49	9,87	10,00
25	7,95	9,49	10,00
26	5,38	9,36	9,63
27	7,44	9,62	9,26
28	7,69	8,97	8,52
29	6,92	9,87	10,00

Na tabela 3, ambos os sexos apresentam escores médios acima de 6,6, possuindo boa orientação para APS nos atributos estudados e a diferença encontrada entre eles não é estatisticamente significativa.

A tabela 4 apresenta os escores médios encontrados de acordo com o tipo de vínculo empregatício, entretanto, também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa. A longitudinalidade apresentou escores semelhantes tanto para os servidores como para quem é CLT (7,7). A integralidade, em suas duas divisões, também apresentou escores bem semelhantes para ambos os tipos de vínculo (acima de 9).

Para o ano de formado, que varia de 1981 a 2010, não foi encontrada correlação entre o ano de formatura e a orientação para APS nos atributos longitudinalidade (-350, p 0,063) e integralidade (-302, p 0,112).

Tabela 3 - Média dos escores por sexo

Escore	Sexo		Valor de p
	Feminino	Masculino	
<b>Longitudinalidade</b>	7,92 (1,15)	6,95 (1,01)	0,058
<b>Integralidade dos serviços disponíveis</b>	9,57 (0,58)	9,02 (0,73)	0,054
<b>Integralidade dos serviços prestados</b>	9,68 (0,57)	9,47 (0,47)	0,391

\*sem significância estatística

Tabela 4 - Média dos escores por tipo de vínculo

Escore	Vínculo		Valor de p
	Servidor	CLT/Cooperado	
<b>Longitudinalidade</b>	7,66 (1,12)	7,70 (1,24)	0,936
<b>Integralidade dos serviços disponíveis</b>	9,39 (0,46)	9,47 (0,76)	0,759
<b>Integralidade dos serviços prestados</b>	9,62 (0,52)	9,62 (0,58)	0,1

\*sem significância estatística

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo entrevistou cirurgiões-dentistas matriculados no curso de especialização de Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que trabalham em Unidades de Saúde da Família no Rio Grande do Sul. Acredita-se que, por cursarem esta especialização, possuam interesse especial pela APS, visto que procuraram um curso de especialização em saúde da família, a fim de aprimorar seus conhecimentos acerca do assunto, o que influencia suas ações, voltando-as para um cuidado mais amplo e integral dos seus pacientes.

Isso se reflete nos resultados desta pesquisa, onde foram encontradas médias elevadas para os atributos integralidade serviços disponíveis (9,44) e integralidade serviços prestados (9,62). O atributo longitudinalidade apresentou média mais baixa, 7,69, entretanto, todos apresentam boa orientação para a APS, significando adequada oferta de serviços e uma percepção da mesma pelos profissionais.

Nota-se que estes profissionais têm uma percepção bem favorável do seu trabalho. Apenas quatro avaliaram a longitudinalidade com escore menor que 6,6, ou seja, sem orientação para APS. A maioria dos entrevistados acredita que seus serviços são orientados para a APS, principalmente no atributo integralidade do cuidado. Disponibilizam e prestam praticamente todos os serviços esperados para unidades de saúde que trabalham com os princípios da ESF.

Independentemente do ano de formatura (a partir do ano de 2006, houve alterações nos currículos dos cursos de odontologia), os profissionais apresentaram resultados favoráveis. Pode-se especular que, por serem alunos de um curso de especialização em Saúde da Família, apresentem um perfil já voltado aos princípios da APS, e um grande interesse de enriquecer seus conhecimentos e assim, oferecer um melhor serviço aos usuários.

Com relação à avaliação dos serviços, cumpre referir que não existem muitas ações que monitorem a inclusão das equipes de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família e seus impactos, o que pode ser constatado pela escassa literatura sobre o tema (PEREIRA, et al., 2009).

O processo de monitoramento prescinde de complementação pela abordagem da pesquisa avaliativa na busca da avaliação dos movimentos de mudanças na

qualidade da atenção no que concerne, especialmente, ao processo de trabalho das equipes, na relação com as populações adscritas e à integralidade da atenção à saúde (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS<sup>1</sup>, 2004, apud PEREIRA et al., 2009).

Constata-se, pois, que os resultados das ações e programas de saúde podem ser avaliados, no que tange às mudanças verificadas, tanto no estado de saúde das populações, como em termos de conhecimentos e comportamentos derivados das práticas observadas. (DONABEDIAN<sup>2</sup>, 1992, apud PEREIRA et al., 2009).

Em seu estudo, Pereira et al. (2009), inferem que o impacto da saúde bucal no PSF só é significativo quando se toma como base áreas sem cobertura ou cobertas por unidades tradicionais, sem PSF ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS). Isso ocorre porque a inclusão das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família não foram acompanhadas de uma mudança no processo de trabalho. Seguem presentes, em alguns profissionais, resquícios do antigo modelo curativo, dificultando a incorporação dos princípios da APS, não resultando em alterações significativas no processo de trabalho.

Pereira et al. (2012), em estudo realizado no Nordeste, inferem um fraco desempenho da incorporação da saúde bucal na ESF, considerando os resultados gerais do estudo, cujos indicadores foram: morbidade dentária autorreferida, prevalência de dor de origem dentária, tratamento da dor de origem dentária, consulta ao serviço odontológico no último ano, tratamento restaurador, tratamento mutilador e ações preventivas individuais ou coletivas.

Os autores ressaltam a importância de descobrir quais os fatores que fazem com que equipes de saúde bucal com melhor remuneração e mais presentes nas áreas adscritas e com um modelo de prática que deveria ser pautado na promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal praticamente não se diferenciem na tarefa de reduzir o sofrimento bucal. Um dos fatores, sem dúvida, é a perpetuação do antigo modelo, por parte de alguns profissionais, implicando em poucas ações de prevenção e promoção, que são as responsáveis diretas por reduzir o sofrimento bucal, já que impedem que ele ocorra.

---

<sup>1</sup> SILVA JUNIOR, A.G. da; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004.

<sup>2</sup> DONABEDIAN.A The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bull**. Chicago, v. 18, no. 11, p. 356-60, Nov 1992.

Este estudo apresenta as seguintes limitações: tamanho da amostra reduzido e amostra composta apenas por cirurgiões-dentistas matriculados em um curso de especialização em Saúde da Família. Isso se deve ao fato de se tratar de um estudo preliminar cujos dados são as primeiras observações encontradas a respeito do tema.

Apesar de suas limitações, este é um estudo inovador, visto que apresenta um inédito instrumento de avaliação, baseado nos atributos de APS, podendo revelar-se como uma importante ferramenta de avaliação e monitoramento. As informações obtidas através desta ferramenta poderão ser utilizadas no planejamento e na tomada de decisões em saúde.

Estudos avaliando a percepção dos cirurgiões-dentistas acerca dos atributos da APS são escassos, sendo necessárias mais abordagens sobre o tema, haja vista ser de suma importância saber a opinião dos profissionais sobre a maneira como executam o seu trabalho. É necessária uma avaliação crítica a fim de apontar onde existem deficiências para que possam ser corrigidas, buscando sempre melhorar a qualidade dos serviços prestados.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Estratégia Saúde da Família vem conseguindo reorganizar o sistema de saúde brasileiro, objetivo para o qual foi implementada. Nota-se um aumento na cobertura da população, tanto na medicina, como na odontologia. A implementação de ESB nas ESF, só tem a melhorar o atendimento prestado a população, tornando-o de fato mais integral.

A avaliação dos atributos da APS por parte dos cirurgiões dentistas é de suma importância. Somando-se a avaliação dos usuários, obtêm-se um panorama de como andam os serviços de saúde. Não basta a avaliação de apenas um lado, é necessário que ambos digam como se sentem prestando ou recebendo atenção, pois a partir disto é que será possível melhorarmos a rede de atenção, tornando-a de fato uma rede.

Esta avaliação deve ser permanente, deve funcionar como monitoramento dos serviços de saúde, para que as vantagens da APS em relação aos outros modelos sejam de fato incorporadas às práticas de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. I. **A integralidade na saúde bucal**: estudo das articulações entre os serviços públicos na zona norte do município de São Paulo. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2009.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 abr. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**: equipes de saúde bucal. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/equipes\\_saudebucal.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/equipes_saudebucal.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Guia de Implantação Municipal AMQ. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/home/pdf/Guia%20de%20Implantacao%20AMQ.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrumento\\_avaliacao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 267, de 06 de março de 2011. Altera o Anexo II da Portaria n. 354, de 11 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 mar. 2011a. Seção 1, p. 67. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32\\_Portaria\\_267\\_de\\_06\\_03\\_2001.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das Estratégias de Agentes Comunitários de saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**: Brasil - março de 2001 a outubro de 2012. [2012a]. Disponível em:

[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**: Rio Grande do Sul - março de 2001 a outubro de 2012. [2012b]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a Saúde da Família**. [2012c]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ. Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: 2012e.

BOARETO, P. P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF)**. 2001. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2001.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

CHOMATAS, E.R.V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CUNHA, E.M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 3 fev. 2012.

CUNHA, E.M. da. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009. 171 f. Tese (Doutorado em ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional De Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp->



content/uploads/2012/03/VinculoLongitudinalnaAtencaoPrimaria.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor, Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I).

FLETCHER, R. et al. Patients' priorities for medical care. **Med. Care.** Philadelphia, v.21 n.2, p.234-241, Feb. 1983.

GERVAS, J.; FERNANDEZ, M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-151, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2006000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jul. 2012.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, J.S. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 2012.

HARTZ, Z. et al. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção primária à saúde.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

NASCIMENTO, A.C. **Atributos da atenção primária na saúde bucal:** Uma avaliação por meio do Primary Care Assessment Tool. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <[http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde\\_arquivos/8/TDE-2012-02-14T145715Z-1856/Publico/Antonio.pdf](http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_arquivos/8/TDE-2012-02-14T145715Z-1856/Publico/Antonio.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2012.

ORTÚN, V.; GÉRVAS, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. **Med. Clin.** Barcelona, v. 106, n. 97, p. 97-102, jan. 1996. Disponível em: <<http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/04/fundamentos-y-eficiencia-de-la-atencion-medica-primaria.pdf>>. Acesso em: 3 mar.2012.

PAIM, J.S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil:** contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PASTOR-SÁNCHEZ, R. et al. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. **Rev Esp Salud Pública,** Madrid, v. 71, n. 5, p. 479-485, Sep-Oct. 1997.

PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003.

PEREIRA, C. R. dos S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

PEREIRA, C.R. dos S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.449-462, mar. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

SANTOS, Z.F.D.G. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Curitiba, Paraná, Brasil**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 abr. 2012.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva: World Health Organization, 1978.

ZILBOVICIUS, C. **Implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas**. 2007. 214 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

## ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PCATool SB Versão Profissional

### A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/ não lembro</b>
A1. Seu serviço de saúde bucal 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"/>
A2. Seu serviço de saúde bucal 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"/>
A3 – Quando o seu serviço de saúde bucal está <i>aberto</i> e algum paciente seu apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 – Quando o seu serviço de saúde bucal está <i>aberto</i> , os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 – Quando o seu serviço de saúde bucal está <i>fechado</i> , existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando apresentam 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"/>
A6 – Quando o seu serviço de saúde bucal está <i>fechado</i>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

no *sábado e domingo* e algum paciente seu apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

A7 – Quando o seu serviço de saúde bucal está *fechado* e algum paciente seu apresenta um problema na boca ou nos dentes *durante a noite*, alguém do seu serviço o atende naquela noite?

4 3 2 1 9 

A8 – É fácil para um paciente marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) no seu serviço de saúde bucal?

4 3 2 1 9 

A9 – Na média, seus pacientes tem que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo dentista (sem contar triagem ou acolhimento)?

4 3 2 1 9

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

#### B – LONGITUDINALIDADE

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

<b>Por favor, indique a melhor opção</b>	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo dentista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 – Você consegue entender as perguntas que os seus paciente lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Você acha que os seus pacientes entendem 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"/>
B4 – Se os seus pacientes tiverem uma dúvida ou uma pergunta eles podem telefonar e falar com o dentista que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá a seus pacientes, tempo suficiente para falar das suas preocupações ou seus problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 – Você acha que seus pacientes ficam a vontade ao lhe contar suas preocupações e seus problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 – Você acha que conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 – Você entende quais problemas são mais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 – Você conhece o histórico de saúde bucal completo de cada paciente?					
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B 12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

#### C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1 - serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 – Quando os seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com o seu paciente diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 – Alguém do seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhe fornece alguma informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 – Você recebe					

do especialista  
ou do serviço  
especializado  
informações úteis  
sobre o paciente  
encaminhado?

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

C7 – Após a  
consulta no  
especialista ou  
no serviço  
especializado,  
você fala com o  
seu paciente  
sobre os  
resultados da  
consulta?

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

#### D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1 - Você solicita aos seus pacientes que tragam os registros de saúde bucal ou boletins de atendimento recebidos no passado? (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"/>
D2 - Você permitiria a seus pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do seu paciente estão sempre disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

#### E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3 ou 4 itens).

<b>Por favor, indique a melhor opção</b>	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>
E1 - Exame 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"/>
E2 - 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"/>
E3 - Exodontia ou extração de dentes.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - 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"/>
E5 - Tratamento das doenças da Gengiva	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - 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"/>
E7 - 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"/>
E8 - 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"/>
E9 - 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"/>
E10 - Orientações de como cuidar das próteses dentárias	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Orientações de tratamento dos sintomas em casos de dor na articulação temporomandibular.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Aconselhamento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

sobre nutrição e dieta					
E13 - Tratamento e orientação em caso de periocoronarite.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E14 - 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"/>
E15 - 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"/>
E16 - Tratamento e orientações de saúde bucal aos pacientes acamados ou que não podem sair de suas casas em seu domicílio.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - 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"/>
E18 - 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"/>
E19 - Orientações sobre herpes simples.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - 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"/>
E21 - 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"/>
E22 - Orientações às pessoas com bruxismo.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E23 - 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"/>
E24 - Orientações sobre problemas causados pela fluorose.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E25 - Orientações de saúde bucal para quem cuida (cuidadores) de pacientes acamados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ou com deficiência.  
E26 - Orientações e  
cuidados de Saúde  
Bucal às pessoas com  
hipertensão e/ou  
diabetes

4 3 2 1 9

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

#### F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)

<b>Por favor, indique a melhor opção</b>	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>
F1. 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"/>
F2. 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"/>
F3. 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"/>
F4. 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"/>
F5. 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"/>
F6. 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"/>
F7. 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"/>
F8. 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"/>
F9. 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"/>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

## G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para eles ou para um membro da sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Você pergunta a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer nas famílias dos pacientes (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"/>
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 – Você faz Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Você faz discussões sobre fatores de riscos familiares? Ex: Genéticos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Você faz discussões sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Você faz discussões sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool-SB Brasil versão Profissional

### H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

<b>Por favor, indique a melhor opção</b>	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/não lembro</b>
H1 – Você faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde 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"/>
H 4 Seu serviço de saúde pode adaptar serviços ou programas de saúde bucal em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?**

H5 Pesquisas com os seus pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Pesquisas na sua comunidade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
"Feedback" (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
"Feedback" (retorno das informações) da	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

equipe de saúde

Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados

	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor ou Conselho de Usuários)?

	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Outros (Favor especificar)

Seu serviço de saúde utiliza alguma das seguintes atividades para alcançar as populações da comunidade que atende?

Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos

	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Vínculos com serviços/organizações religiosas

	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitários

	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Agentes comunitários ou membros do conselho gestor/conselho distrital de saúde

	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Outros (Favor especificar)



### COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1 Se necessário você leva em consideração as crenças familiares sobre cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular, tais como ervas/medicamentos caseiros?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 Se necessário você considera o pedido de uma família para usar tratamentos complementares, tais como homeopatia ou acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural de sua população:					
I3 Treinamento da equipe por instrutores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I4 Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I5 Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I6 Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I7 Planejamento de serviços que reflitam diversidade cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I8 Outros (Favor especificar)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>